

Année 1912 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

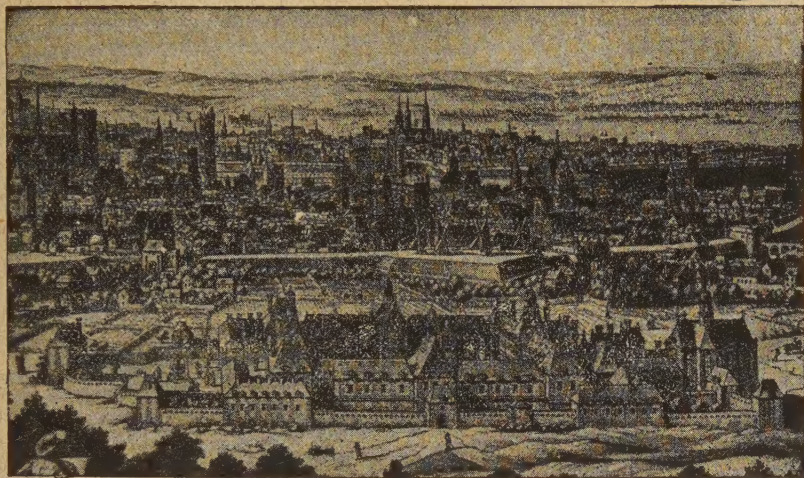
THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jules DUPREY

Né à Elbeuf, le 5 janvier 1885
Ancien externe des Hôpitaux de Paris

148



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Prurit tabétique simple ou compliqué

Président : M. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1912

341

148

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

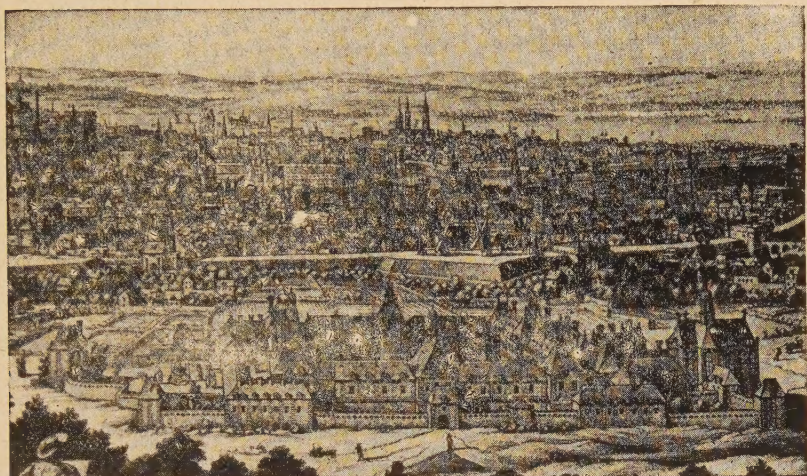
Année 1912 — FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS — N°

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jules DUPREY

Né à Elbeuf, le 5 janvier 1883
Ancien externe des Hôpitaux de Paris



CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Prurit tabétique simple ou compliqué



Président : M. GAUCHER, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale.	GABRIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
Clinique d'accouchements.	BAR
	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOEPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'en tend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MES PARENTS

A MON ONCLE

A MA FEMME

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR JALAGUIER

(Externat 1906-1907)

MONSIEUR LE DOCTEUR PETIT

(Externat 1907-1908)

MONSIEUR LE DOCTEUR NETTER

(Externat 1908-1909)

MONSIEUR LE DOCTEUR DARIER

(Externat 1909-1910)

LE PROFESSEUR RAYMOND

(*In memoriam*)

MONSIEUR LE DOCTEUR CLAUDE

(Externat 1910-1911)

MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO

(Externat 1911-1912)

MESSIEURS LES DOCTEURS VEAU
LAUNAY, RICHE, SCHWARTZ, BARTH
LAIGNEL-LAVASTINE

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR HUDELO

Médecin de l'Hôpital Broca
Chevalier de la Légion d'honneur

*Qui nous a inspiré le sujet
de cette thèse. Respectueux
hommage de dévouement et
de reconnaissance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GAUCHER

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

Prurit tabétique simple ou compliqué

HISTORIQUE

L'étude du prurit tabétique est de date relativement récente. Ce n'est pas que ce symptôme ait échappé à l'observation des anciens auteurs, mais il paraissait d'ordre banal au milieu des autres troubles sensitifs. Aussi bien a-t-il pu être confondu avec les sensations de « fourmillement », de « picotement » dont se plaignent si souvent les tabétiques.

Valleix semble être un des premiers, dans son *Traité des névralgies*, 1841, qui aient signalé les démangeaisons comme symptôme important dans les maladies nerveuses. Il est vrai qu'il ne parle pas encore du tabes, il cite le cas d'un malade atteint de névralgie sciatique et se plaignant pendant plusieurs jours de démangeaisons très fortes bien qu'il n'y ait sur la peau aucune trace d'éruption.

Leyden, dans son *Traité clinique des maladies de la moelle*, écrivait en 1879 : « On observe quelquefois, mais rarement dans les maladies de la moelle

des démangeaisons surtout chez les vieillards ; la cause de ce phénomène nous échappe. »

Spring, Vulair et Masius étudiant le prurit d'origine centrale dans leur traité des accidents morbides disent que : « Les lésions des centres nerveux qui produisent le fourmillement et le picotement occasionnent aussi le prurit de la peau dans certaines circonstances. Ce symptôme qui semble être propre au *tabes dorsalis* est signalé comme le précurseur des attaques d'apoplexie, comme le syndrome des congestions de la moelle épinière. Il est fréquent chez les onanistes et les individus atteints de cachexie spermatorrhéique. » Pour eux, il siègerait surtout aux membres inférieurs.

En 1889, Boursiac dans sa thèse sur le prurit d'origine nerveuse (Bordeaux) donne deux observations de prurit tabétique. L'auteur n'existe pas spécialement sur les caractères de ce prurit, mais on les trouve déjà esquissées telles qu'elles devaient être si bien décrites vingt ans plus tard par M. Milian.

Depuis la thèse de Boursiac, nous n'avons pas trouvé d'ouvrage où il soit fait mention du prurit tabétique.

Les traités de médecine ou de neuro-pathologie n'en parlent pas.

Jacquet, dans la pratique dermatologique, le signale plutôt comme une rareté : « Toutes les myélopathies aiguës ou chroniques provoquent des troubles sensitifs variés, le type le plus complet à ce point de vue est le *tabes* avec son riche cortège d'anesthé-

sies et d'hypoesthésies profondes ou superficielles, l'ensemble des sensations pruritiques et le prurit n'y font pas défaut quoique moins fréquentes que les autres troubles. »

Il faut arriver en 1905 pour trouver un article essayant d'isoler le prurit tabétique.

C'est à M. Milian que revient ce mérite : en décembre 1905, dans les *Annales des maladies vénériennes* il donne des observations de « prurit avec lichenification et tabes fruste ».

Mais c'est surtout en 1907, à la Société médicale des hôpitaux, qu'il insiste sur ses caractères, et en public, six nouvelles observations dans lesquelles il montre que le prurit est surtout un symptôme survenant au début du tabes, il est *tenace, localisé, paroxystique* ; il peut exister *seul* ou *accompagné* de troubles sensitifs profonds de la région correspondante.

Quelques jours plus tard, Lamy présente un autre cas survenu cette fois chez une malade parvenue au dernier degré de la cachexie tabétique et alternant avec des crises gastriques, Bétot (*Annales de dermatologie*, juin 1911) signale deux autres cas analogues et insiste particulièrement sur l'alternance des crises douloureuses avec le prurit. Enfin, Milian présente à la Société médicale des Hôpitaux, le 13 octobre 1911, un cas de prurit avec roséole urticarienne tabétique.

A peu près à la même époque, nous avons l'occasion, d'observer dans le service de notre maître,

M. le D^r Hudelo à l'hôpital Broca, un cas analogue de prurit tabétique s'accompagnant d'urticaire vrai en grands placards disséminés. Nous avons pensé qu'il était intéressant maintenant que les observations sont plus nombreuses, de refaire une étude d'ensemble des différents caractères du prurit tabétique et en même temps des diverses réactions cutanées qui peuvent l'accompagner ou lui être consécutives.

CHAPITRE PREMIER

DU PRURIT EN GÉNÉRAL

Avant d'aborder l'étude du prurit tel qu'on le rencontre dans le tabes, nous dirons quelques mots sur le prurit envisagé en général ; nous ne ferons du reste que résumer en quelques lignes l'article si documenté que M. Jacquet a écrit sur ce sujet dans *la Pratique dermatologique*, tome IV.

Le prurit, dit M. Jacquet, est une sensation cutanée qui provoque le besoin de se gratter. On doit le distinguer aujourd'hui du prurigo qui désigne une dermatose papuleuse ou plutôt un ensemble de dermatoses papuleuses. Qu'elle soit due à une cause physiologique, physique ou psychique, la crise de prurit se présente presque toujours avec les mêmes caractères « la sensation d'abord est douce, dit M. Jacquet, le patient cherche à l'ignorer ou à la maîtriser, il commence à se frotter, se gratter du bout des doigts, puis avec les ongles aussitôt le prurit augmente sur place, s'éveille à distance ici, là, partout, le malheureux angoissé n'a plus assez de mains ni de doigts pour gratter toutes les places qui le sollicitent vio-

lemment. Alors tout en se frottant aux meubles, aux murs il enfonce profondément ses ongles, faisant sur sa peau de longues traînées sanglantes. Enfin l'hypoesthésie pruri-traumatique survient, la tension pruritique s'apaise, c'est l'épuisement sensitif, c'est la fin de la crise.

La peau par places est ardente, mais cette cuisson semble douce en égard à la torture d'agacement qu'elle remplace. Telle est la crise de prurit.

Dans bien des cas, la démangeaison constitue le seul symptôme, la peau ne présente aucune réaction apparente.

Dans d'autres cas les malades montrent une réaction cutanée sous forme de *papules* du volume d'une grosse tête d'épingle souvent entourée d'une base érythémateuse et ortiée coiffées à leur sommet d'une minuscule vésicule.

Enfin on peut voir des malades dont la peau, à la suite ou non d'une phases papuleuse, réagit par des éruptions d'allure banale : placards d'eczématisation ou bien placards secs au niveau desquels la peau épaissie, plus ou moins pigmentée avec le temps, est semée d'une sorte de quadrillage linéaire, c'est la lichénification.

Quels que soient les rapports qui existent entre ces dermatoses, on peut avec Brocq distinguer les prurits en :

Prurits purs ou névrodermies sans réaction visible de la peau ;

Prurits où la peau réagit lentement au frottement

avec un processus de lichénification pure ou névrodermites, soit circonscrites, soit diffuses ;

Prurits avec réaction lichénienne et secondairement eczémateuse par crises ;

Prurits avec réaction à type de papulo-vésicule urticarienne ou prurigos vrais.

Telle est, en résumé, la classification des différentes formes de prurit. Nous allons maintenant étudier le prurit tabétique proprement dit. Il fut considéré au début comme un prurit pur, ou accompagné de lichénification, depuis de nouvelles observations sont venues montrer que les réactions cutanées peuvent être plus variées.

CHAPITRE II

DU PRURIT TABÉTIQUE

Le prurit tabétique est rarement un prurit généralisé comme les prurits toxiques d'origine rénale ou hépatique ou le prurit sénile, c'est un prurit localisé. La localisation est précise, limitée à une région déterminée : une de ses plus fréquentes localisations est la région anale ou périnéale, et il n'est pas sans intérêt de constater que cette localisation est déjà indiquée dans une observation (obs. I) de la thèse de Boursiac, en 1889, alors que le prurit tabétique n'avait pas encore été décrit. On le voit déjà avec sa ténacité et ses paroxysmes sur lesquels M. Milian devait insister plus tard pour en faire des caractères propres au prurit tabétique. « Le malade est obligé de tendre la peau du scrotum comme une partie galeuse, il y a de quoi devenir fou. »

Le prurit peut également siéger *aux paupières*, surtout à la paupière supérieure, et l'on voit les malades consulter les ophtalmologistes croyant avoir affaire à une maladie d'yeux ; *sur le thorax*, particulièrement dans le dos entre les deux épaules ; sur les *jambes*,

les cuisses, la partie externe surtout paraît être touchée ; à la plante des pieds.

Ce prurit est tenace, dure un an et plus et présente des paroxysmes qui surviennent à intervalles variables, tous les trois jours en moyenne, mais parfois plus espacés, toutes les semaines, le plus souvent ils sont très rapprochés et peuvent survenir tous les jours, la nuit surtout, deux heures après le coucher; quand ils sont si rapprochés ils deviennent intolérables pour les malades: « Il y a de quoi devenir fou. » — « Il y a des jours où je me jetterais par la fenêtre. » Les crises sont parfois si fréquentes qu'elles enlèvent tout sommeil au patient, « il y a des nuits où les crises se succèdent sans interruption et où je reste assis dans mon fauteuil ou debout jusqu'au lendemain matin ».

Enfin, dernièrement, Savin dans sa thèse et peu de temps après, M. Bitot, dans sa communication publiée dans *les Annales de dermatologie et de syphiligraphie* ont mis en relief un symptôme nouveau du prurit tabétique, symptôme que nous avons pu contrôler dans les deux observations que nous publions : c'est l'alternance des crises douloureuses avec le prurit. Après un traitement à l'iodure chez la malade de M. Laignel-Lavastine, « la démarche est toujours la même, mais les démangeaisons persistent avec la même intensité » ; un peu après on fait une série de piqûres de biiodure. « Sous l'influence de ce traitement seules les démangeaisons diminuent, mais cette fois les douleurs persistent ».

Notre malade fait remarquer que ses douleurs auraient plutôt tendance à augmenter depuis que son urticaire diminue.

Quelquefois cette alternance est encore plus nette par sa brusquerie. Le malade de M. Bitot souffrait atrocement de ses douleurs fulgurantes quand, le 5 novembre 1907, ces dernières disparurent comme par enchantement, *au moment* où se déclara une éruption prurigineuse.

Un autre caractère qui n'existe pas toujours malheureusement pour les malades, est la guérison, si ce n'est complète, du moins la grande amélioration des symptômes de prurit sous l'influence du traitement mercuriel.

La région atteinte est souvent le siège de troubles de sensibilité subjective et objective qu'on a l'habitude de rencontrer dans le tabes : douleurs fulgurantes, élancements, anesthésie superficielle ou profonde. Notre malade présentait de l'hyperesthésie très nette au niveau de ses plaques d'urticaire. M. Milian pense même que les régions prurigineuses seront celles qui, plus tard, quand le tabes continuera à évoluer, fourniront les zones d'anesthésie, c'est une hypothèse très vraisemblable, mais qui n'a pas été, croyons-nous, confirmée au moins jusqu'alors.

Quant à la sensation pruritique en elle-même, elle varie suivant les malades ; elle est comparée tantôt à un cheminement d'insecte, à une barbe de plume que l'on promènerait doucement sur la peau, d'autres fois il s'y ajoute une sensation de douleur, ce

sont les aiguilles isolées ou en faisceau que l'on enfoncerait dans la peau « de dedans en dehors ».

VARIÉTÉS DU PRURIT TABÉTIQUE

Le prurit tabétique est seul ou accompagné.

« Par prurit accompagné, Milian entend celui que complique un paroxysme viscéral dans la région prurigineuse correspondante, tels les crises gastriques et le prurit stomacal, le ténésme vésical et le prurit périnéal. Dans le prurit accompagné, le symptôme cutané disparaît dans la symptomatologie générale, il est accessoire dans l'autre, c'est l'inverse.

Le prurit anal est l'un des meilleurs exemples qu'on puisse donner de prurit tabétique. Les démangeaisons sont vives, siégeant dans l'anus au pourtour de l'anus jusqu'au scrotum. Elles s'accompagnent parfois de sensations douloureuses. Elles surviennent par crises, après la défécation, à la chaleur du lit. Elles réveillent le malade au milieu de la nuit, le font sortir de sa couche tant elles le torturent ; le malheureux ne sachant comment calmer ce prurit intolérable, emploie les procédés les plus hétéroclites, s'assied nu sur le marbre ou la pierre, s'applique des compresses d'eau vinaigrée tout cela sans résultat jusqu'à ce que vers le matin, épuisé, le prurit cesse de lui-même et laisse au malade la faculté de s'assoupir. Le prurit accompagné est celui qui coïncide avec des crises douloureuses d'un organe profond, prurit

pré-stomacal, crises gastriques, etc. Il est souvent doublé de douleurs. On note des brûlures, de l'engourdissement de la peau correspondante.

Chez quels tabétiques voit-on survenir le prurit

Sur ce sujet, les opinions se sont un peu modifiées depuis la première communication de M. Milian à la Société médicale des hôpitaux. A ce moment, cet auteur disait : le prurit apparaît presque toujours chez des tabétiques frustes, jamais ou presque jamais chez des ataxiques, ou chez des tabétiques avérés. C'est donc un symptôme avertisseur par excellence ; on se l'explique facilement si l'on pense qu'avant d'être détruits par le processus tabétique ce qui amène l'anesthésie, les nerfs sont d'abord irrités par ce processus lent et peu toxique, ce qui se traduit par le prurit. Actuellement de nouvelles observations ont été publiées qui montrent que le prurit peut se rencontrer aussi bien à la période d'état. En effet, dans l'observation I, nous lisons : « Bientôt cet état changea et quelques mois plus tard la marche devint titubante, la vue s'affaiblit à gauche et une paralysie faciale survint à droite, trois mois avant son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire bien après ces symptômes, notre malade éprouva de véritables crises affreuses de démangeaisons. »

Lamy rapporte que sa malade est parvenue au dernier degré de la cachexie et de l'incoordination

tabétique, elle eut des crises de prurit pendant les trois dernières années de sa vie et à intervalles éloignés des crises de prurit.

Dans l'observation de M. Bétot (obs. XXIV), on trouve chez les malades : signe d'Argyll, abolition des réflexes rotulien et achilléen, signe de Romberg, incontinence d'urine, douleurs fulgurantes. Il est vrai qu'il n'y a pas d'incoordination motrice, mais on en peut plus parler d'un tabes au début. Les premiers signes de tabes sont apparus en 1877 et c'est en 1905 que le malade ressentit ses premières crises prurigineuses.

De même, dans l'observation suivante XXV due au même auteur, on note des signes de tabes fruste, douleurs fulgurantes, signe d'Argyll, diminution des réflexes, signe de Romberg, très peu d'ataxie, douleurs fulgurantes depuis 1902 et c'est le 5 novembre 1907 que paraît la première éruption prurigineuse.

On peut donc affirmer maintenant que le prurit apparaît à toutes les périodes du tabes. Période de début comme l'a montré Milian où il est le plus important à connaître, car il peut aider à dépister un tabes commençant à la période d'état, comme le montre les observations de Bétot, enfin à la période terminale dite de cachexie (malade de Lamy).

A quel propos apparaîtra le prurit ?

Les causes prédisposantes, dit Vasin, sont les mêmes que pour tous les prurits. Très souvent, il

apparaîtra sans cause apparente et il paraît bien difficile de pouvoir prévoir chez tel ou tel tabétique l'éruption prurigineuse. On pourra cependant se baser sur les antécédents pruritiques héréditaires ou personnels. D'après la loi de l'accumulation formulée par Jacquet « entre la périphérie et le centre s'exerce une véritable circulation nerveuse à circuit fermé dont l'excitation circule, se conserve, s'accumule (loi de l'accumulation). Sous l'influence d'une sommation (loi de la sommation), c'est-à-dire d'une cause, qui, isolée n'aurait rien produit, la crise pruritique apparaît.

Enfin, il est certain que le fait de noter chez un malade une autre cause de prurit, insuffisance rénale ou hépatique sera suffisant pour faire craindre l'apparition du prurit. Il est vrai que dans ces cas on pourra objecter que le prurit n'est pas dû au tabes mais à cette insuffisance rénale ou hépatique. Sans doute le diagnostic sera difficile peut-être même impossible dans certains cas et c'est là que le traitement spécifique par le mercure pourra faciliter ce diagnostic. Le prurit disparaît-il sous l'influence du médicament, on peut affirmer que le prurit était d'origine tabétique, les crises persistent-elles avec la même intensité, le diagnostic restera incertain, car malheureusement le mercure, s'il donne quelquefois de bons résultats, peut rester sans effet.

Chez un tabétique qui a des crises de prurit, comment celles-ci prendront-elles naissance.

Là encore les causes occasionnelles du prurit tabétique sont les mêmes que pour les autres prurits.

La chaleur surtout : La malade de Savin (obs. IX) a eu ses plus fortes crises au moment de l'été de 1910 ; dans plusieurs observations de Milian, c'est la nuit, à la chaleur du lit, que le prurit se réveille. Dans notre observation (obs. XXVII) la malade signale la même cause. Et au contraire il est calmé par le froid.

D'autres fois c'est surtout après les repas, surtout après un écart de régime.

Enfin, dans les dernières observations récemment publiées, où le prurit tabétique s'accompagne de réactions urticariennes de la peau, il est une cause occasionnelle importante : c'est l'irritation de la peau par un frottement quelconque, ce qui n'a rien d'étonnant. Jacquet n'a-t-il pas montré l'importance du grattage et de l'excitation cutanée dans les prurits. Ce n'est pas l'éruption qui est prurigineuse, dit-il, c'est le prurit qui devient éruptif et il y a entre le prurit et l'éruption un facteur intermédiaire, le grattage ; il faut y ajouter toutes les actions extérieures sur la peau (air, température, pression des vêtements).

Nous allons du reste étudier un peu plus en détail, dans le chapitre suivant, les divers modes de réaction de la peau dans le prurit tabétique.

COMPLICATIONS CUTANÉES DU PRURIT TABÉTIQUE

Jusqu'ici nous avons surtout étudié le prurit en lui-même, prurit tabétique pur. Très souvent c'est cette forme de prurit *sine materia* que l'on observe. Mais d'autres fois, au bout d'un certain temps, on voit apparaître des réactions cutanées diverses qui ne sont vraisemblablement que la conséquence du grattage ou des excitations extérieures. Le prurit qui dure peu dit Jacquet et provoque un grattage court, ne produit sur la peau hyperesthésique que des troubles de chaleur, d'érection des follicules pileux (prépapules folliculaires) compliqués de coups d'ongle, d'excoriation de ces pré-papules; mais si le prurit dure, récidive (et nous avons vu que la ténacité et les paroxysmes étaient des caractères propres au prurit tabétique) le grattage répété, récidivant, provoquera des phénomènes d'inflammation chronique (diapédèse rouge et blanche, réaction formative et proliférative de la couche de Malpighi, du derme, de l'hypoderme), réaction absolument banale sans spécificité, qui n'est autre que la lichénification.

C'est cette *lichénification* qui a été la première signalée par Milian en 1895, et décrite par Brocq en 1896. « Nous avons assisté, dit-il, à la formation graduelle d'une plaque de lichénification pure au point intéressé, plaque que la malade a fabriquée,

elle-même par le grattage incessant auquel elle s'est livrée. »

On n'a affaire ici « ni au lichen simple chronique ni à l'eczéma, ni à une affection papuleuse analogue au lichen ruber planus, puisque les pseudo-papules qui finissent ici par se développer longtemps après le début de la maladie ne sont que des produits artificiels d'inflammation banale d'origine traumatique consécutive au grattage. »

Voici la description que Brocq fait de la lésion. On voyait à la face interne du bras droit une plaque à limites assez régulières et peu précises d'une coloration générale d'un rose légèrement brunâtre, à la périphérie de laquelle se trouvaient disséminés en grand nombre de tout petits éléments minuscules aplatis et brillants. Le centre de la plaque plus foncé était sillonné de plis accentués formant quadrillage et le derme, à ce niveau, était manifestement infiltré et épaissi.

Savin, dans sa thèse, termine ainsi le chapitre qu'il consacre à la lichénification : c'est la seule lésion décrite compliquant le prurit tabétique, il signale bien les petites papules notées dans plusieurs observations mais ne semble pas y attacher d'importance.

Elles sont peut-être dues au grattage, mais la lichénification n'a-t-elle pas la même origine, aussi est-il intéressant, croyons-nous, d'insister sur toutes les réactions cutanées quelles qu'elles soient.

Dans l'observation II on note : sur la région sous-claviculaire gauche « un semis de petites *papules* à

peine roses, grosses comme des têtes d'épingle assez régulièrement espacées ».

Dans l'observation VII : *des papules de prurigo* excoriées.

Observation XXIV : « Le lendemain d'une crise de prurit on décèle sur l'abdomen ainsi qu'au niveau du sacrum et sur la face antéro-interne des cuisses et des jambes de faibles ilots de papules *blanches* larges comme une toute petite lentille et identiques à celles que produisent les piqures d'épingle sur la peau des hystériques. »

Observation XXV : une éruption de petites papules miliaires sans grande tendance au groupement, sauf cependant sur l'abdomen où l'éruption est plus abondante. Toutes ces papules ont la même coloration rosée. Elles sont acuminées. Certaines, affaissées sont recouvertes d'une croûte de grattage, d'autres reposant sur une base rose pâle et légèrement surélevée ont un peu l'aspect *urticarien*. Quelques-unes sont réunies formant de petits placards roses.

Observation X : série de petites taches rouges de la dimension d'une tête d'épingle, arrondies, légèrement saillantes, assez analogues aux taches rosées de la fièvre typhoïde, elles sont plus petites moins éclatantes, sont entourées d'une zone *blanche* anémique. En bien des points, la tache rosée a disparu et il ne reste plus qu'une *macule blanche* arrondie non cicatricielle. Ce malade fut présenté comme ayant un érythème miliaire leucogénique prurigineux chronique, mais étant donné ses antécédents syphi-

litiques, son impuissance, il est permis de penser, comme M. Milian le faisait remarquer à la Société médicale (oct. 1911), que l'on se trouvait en face d'un prurit chez un tabétique fruste.

Observation XXIII : le malade présente de multiples taches roses qui disparaissent à la pression de la dimension d'une tête d'épingle à une lentille ressemblant à une roséole. Les éléments ont autour d'eux une légère zone *blanchâtre anémique* et après la friction ces éléments deviennent œdémateux véritablement *urticariens*.

Enfin, observation XXVII, la malade que nous avons examinée présente cette fois de véritables placards d'urticaire, siégeant sur le rebord fronto-orbitaire droit, sur le bord externe des deux avant-bras, deux placards allongés de 4 centimètres sur 3 environ, à la ceinture des petites plaques plus petites en bande horizontale, aux deux genoux grandes plaques de la largeur d'une paume de main.

Nous voyons donc que les réactions cutanées sont encore assez variées, nous voulions insister sur la tendance urticarienne de ces papules signalées dans les observations récentes. Sans doute, il faut faire jouer un grand rôle étiologique au frottement ou à l'excitation de la peau, mais il n'en n'est pas moins vrai que c'est là un fait intéressant et qui tend à montrer une atteinte du système vaso-moteur et par conséquent du sympathique, peut-être pourrait-on ainsi expliquer, comme nous le verrons un peu plus loin, la pathogénie du prurit en lui-même.

DIAGNOSTIC

Il s'agira seulement d'un diagnostic étiologique, car le prurit se reconnaît facilement. On se basera surtout sur les caractères du prurit tabétique tels que nous les avons étudiés et, comme le dit Milian « il faudra y penser chaque fois qu'on se trouve en présence d'un prurit localisé tenace, à paroxysmes, qui s'accompagne de sensations diverses telles qu'élançements, brûlures ».

Les localisations' anale, lombaire, pré-thoracique, pré-stomacale, péri-orbitaire, sont presque caractéristiques du prurit tabétique. On devra toujours y penser si l'on note des troubles de sensibilité, anesthésie objective dans les régions prurigineuses.

Il faudra le distinguer du *prurit psychique* qui relève le plus souvent d'une cause extérieure : c'est un galeux qui se gratte aux endroits où il fut visité par l'acare ; c'est un blennorragique qui continue à sentir du prurit au méat même après la guérison de son écoulement.

Le prurit hystérique comme le prurit tabétique s'accompagne d'anesthésie des régions prurigi-

neuses, c'est ce qui pourrait être une cause d'erreur s'il ne s'en différenciait pas par sa très grande mobilité ; il change sans cesse de place, au contraire du prurit tabétique qui revient toujours au même endroit

Bien plus difficile à distinguer est le prurit neurasthénique. Souvent il est localisé, tenace comme le prurit tabétique, il est souvent difficile de distinguer un syphilitique myélasthénique d'un tabétique au début, et Milian va jusqu'à dire qu'il « est probable qu'un grand nombre de prurits de l'anüs très persistants, qualifiés de neurasthéniques, relèvent d'un tabes incipiens. »

Le prurit qui accompagne les autres affections du système nerveux comme la sclérose en plaques, l'hémiplégie, la paralysie générale, se distinguera facilement quand on aura constaté les signes propres à chacune de ces affections. Dans les prurits accompagnés de réaction cutanée, particulièrement de lichénification, c'est également l'examen général qui fera rattacher à leur véritable cause : insuffisance hépatique rénale, troubles de la nutrition chez les arthritiques ou les goutteux.

S'il y a en même temps des signes de tabes et des signes d'insuffisance rénale ou hépatique, le diagnostic sera à peu près impossible, et c'est alors qu'il faudra se baser sur le mode de réaction au traitement mercuriel.

TRAITEMENT

De nombreuses médications ont été proposées, leur variété à elle seul, prouve qu'aucune d'elles n'est spécifique et que le prurit leur est rebelle dans bien des cas.

Sans vouloir entrer dans tous les détails, on peut dire cependant que le traitement devra être envisagé à deux points de vue. Il devra être dirigé à la fois contre le prurit et contre le tabes.

Contre le prurit lui-même, on emploiera tous les modes de traitement des autres prurits.

D'abord et avant tout l'hygiène morale et physique : « Cultiver son jardin au figuré comme au propre » comme dit Jacquet. Éviter les surmenages spinaux : les excès vénériens. Sobriété absolue : régime lacto-végétarien, éviter les poissons de mer, les coquillages, le gibier, les condiments, les mets épicés.

Dans les vêtements, éviter toute constriction, la toile seule sera mise au contact de la peau.

Dans certains cas, sur la recommandation de Bitot, on pourra essayer « la soie ou l'andrinople rouge qui lui ont donné de bons résultats ».

On administrera à l'intérieur ; l'antipyrine, le

pyramidon à la dose de 2 à 3 grammes par jour, le salicylate de soude, les antiseptiques intestinaux, naphtol β , benzo-naphtol, etc. Dans les cas particulièrement intenses, on pourra avoir recours aux injections sous-cutanées de morphine bien « qu'elles échouent dans la majorité des cas et c'est là une cause de découragement ».

Le chlorure de calcium, dans les cas s'accompagnant de réaction urticarienne de la peau, pourra donner de bons résultats.

Enfin, la ponction lombaire seule ou suivie d'une injection de stovaïne suffira quelquefois pour amener la disparition du prurit.

Comme médication externe : l'hydrothérapie sous forme de douches tièdes, les bains d'amidon, toutes les pâtes ou pommades anti-prurigineuses à base de cocaïne, camphre menthol, acide phénique, etc.

Il y a lichénification très accentuée de la peau, les malades se trouveront souvent améliorés par les applications de réducteurs, ichtyol, goudron, acide pyrogallique, purs, en pâtes ou en pommade.

Enfin, l'électrothérapie surtout sous forme de haute fréquence en effluation générale ou locale, faire des applications quotidiennes de dix minutes pendant dix à quinze jours consécutifs.

Contre le tabes, recommander les cures de Lamon « dont l'influence favorable a été constatée dans la dizaine de cas, où le D^r Belugon (obs. de Bitot) a vu le prurit représenter un des symptômes principaux du tabes ».

Surtout avoir recours au traitement mercuriel qui amène souvent une amélioration notable sinon la guérison complète. Ne pas oublier toutefois qu'il est des cas de prurit absolument rebelle, persistant « malgré un traitement mercuriel intensif ».

PATHOGÉNIE

Sans pouvoir encore être absolument affirmatif sur la cause du prurit tabétique, il nous semble qu'il est possible de le rattacher à un trouble du système sympathique. Cette hypothèse n'est du reste pas nouvelle; en effet, nous lisons dans la thèse de Boursiac (Bordeaux, 1889, 1890), « peut-être est-il le symptôme d'une névrite périphérique portant sur les extrémités des filets sensibles? faut-il en rechercher la cause dans les nerfs vaso-moteurs et faut-il établir un rapport d'origine entre les accès de prurit et le plus ou moins d'afflux de sang dans les parties compromises ».

Les lésions du sympathique sont en effet fréquentes dans le tabes. Duchenne de Boulogne ne voulait-il pas en faire la lésion prépondérante de cette maladie: « Un état pathologique du grand sympathique pourrait, s'il était constant, expliquer l'étrange symptomatologie de cette maladie, l'hyperhémie des cordons postérieurs et des racines postérieures de la moelle serait une hyperhémie neuro-paralytique, en d'autres termes elle serait produite par la lésion de la portion correspondante du grand sympathique, l'hyperplasie du tissu fon-

damental ainsi que l'atrophie des tubes nerveux n'en seraient que la conséquence. »

Cette opinion était erronée et il faut arriver à la thèse de J.-C. Roux (1899, 1900, Paris), pour trouver décrites les lésions du sympathique au cours du tabes :

« Dans les troncs du système sympathique existent deux sortes de fibres :

1° Des fibres de Remak difficiles à différencier ;

2° Une autre variété de fibres munies d'une gaine de myéline extrêmement nombreuses dans le splanchnique, très nombreuses dans le sympathique thoracique et le sympathique cervical. Ce sont des fibres d'origine centrale, elles viennent du système nerveux central et vont se terminer, pour le plus grand nombre, autour des cellules ganglionnaires sympathiques ; pour un petit nombre dans les terminaisons sensitives des appareils de la vie organique. Elles représentent les voies d'union du système nerveux central et du grand sympathique ; c'est par elles que les ganglions reçoivent les actions centrales nerveuses et que les viscères abdominaux agissent à leur tour sur le cerveau et sur la moelle. *Or, ce sont précisément ces fibres nerveuses à myéline qui sont lésées dans le système sympathique des tabétiques :*

Matthews (*Br. Med. Journ.*, 13 mai 1911) insiste sur les troubles vaso-moteurs du tabes qu'il classe en troubles vaso-moteurs viscéraux et périphériques.

D'autre part Jacquet écrit : « J'attribue les esthésies et les algies de la qualité pruritique à la lésion ou

aux troubles fonctionnels des nerfs sympathiques. »

Il nous semble donc que : étant donné, d'une part, les lésions certaines du sympathique dans le tabes, d'autre part la coexistence fréquente de troubles vaso-moteurs (dermographisme, papules urticairelles, macules blanchâtres, placards vrais d'urticaire) et du prurit, il est permis de rattacher ces deux symptômes à la même lésion originelle : l'altération du sympathique.

C'est du reste une simple hypothèse que nous nous permettons de formuler. Le prurit tabétique n'est connu que depuis peu de temps, et il est à souhaiter que des travaux ultérieurs viennent éclairer plus nettement sa pathogénie. Quand on la connaîtra mieux, peut-être pourra-t-on mieux régler la thérapeutique de ce prurit et s'en rendre maître plus facilement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Thèse Boursiac. Bordeaux, 1889-1898.)

M... Léopold, limonadier, entré le 14 mars 1889 à Saint-André, salle XIX, lit 39.

Antécédents héréditaires. — Mère seule vivante, toujours bien portante, tempérament sanguin.

Père inconnu, sœur morte hydropique(?). Deux frères morts en bas âges.

Antécédents personnels. — A l'âge de cinq ans, rougeole, tempérament nerveux, pas d'épilepsie, bien que le malade ait eu jusqu'à l'âge de vingt ans des crises de nerfs survenant à la suite de contrariétés : il ne peut nous renseigner bien clairement sur ces crises.

En 1876, M... est atteint d'un chancre, suivi de maux de gorge, pas d'autres symptômes pouvant nous renseigner sur la nature de ce chancre probablement syphilitique. Toujours grande faiblesse généralisée malgré des apparences de santé. Enfin, excès génétiques, le malade buvait et fumait beaucoup. Nous n'avons pu cependant relever de traces d'alcoolisme.

Il y a trois ans, les premiers symptômes de l'ataxie se manifestent. La faiblesse générale s'accroît, et les douleurs fulgurantes apparaissent dans les deux jambes.

A la même époque, M... ressent des douleurs ostéocopes et éprouve une sensation de constriction à la gorge.

La marche étant à cette époque facile, les douleurs et la faiblesse n'empêchèrent pas M... de continuer ses occupations, la vue était bonne.

Mais bientôt cet état changea et quelques mois plus tard la marche devint titubante, la vue s'affaiblit à gauche et une paralysie faciale survint à droite. Pas de douleur en ceinture. M... entre à Saint-André.

Trois mois avant son entrée à l'hôpital, notre malade éprouva de véritables crises affreuses de démangeaisons dans les régions périnéo-scrotale et pubienne, crises qui ne l'ont pas encore abandonné et qui sont pour lui un véritable supplice. Au début (6 janvier 1889), ces crises apparaissaient tous les deux ou trois jours avec une durée variant d'une demi-heure à une heure. Rien n'a pu atténuer ces démangeaisons dont le malade ne pouvait expliquer la provenance, étant donné l'état sain de la peau, l'absence de lésions.

Avec les progrès de l'ataxie, ces démangeaisons ont augmenté de fréquence et d'intensité. Pendant les trois mois passés dans le service de M. Mandillon, les crises surviennent le jour et la nuit.

A l'heure actuelle ces démangeaisons toujours cantonnées dans la région périnéo-scrotale et dans la région pubienne persistent ; plus le malade se gratte, plus la douleur est intense, il s'écorcherait, nous dit-il. La région testiculaire surtout est

actuellement plus sujette aux crises et pour se soulager il est obligé d'en tendre la peau qu'il gratte comme « une partie galeuse ». Le malade nous dit qu'il y a de quoi devenir fou.

Bien que dans ces derniers temps l'ataxie ait fait des progrès (douleurs en ceinture, atonie de la vessie, plus grande incertitude dans la marche), les crises de démangeaisons ne viennent plus que deux en trois fois par semaine.

OBSERVATION II

(Boursier, *id.*)

A. D..., quarante ans, voyageur, malade depuis sept ans.

Syphilis en 1873, chancre induré, plaques muqueuses.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

En 1878, sensation violente de froid dans les jambes, douleurs sourdes dans les membres, survenant toujours la nuit.

Douleurs fulgurantes apparaissant par crises, se montrent pour la première fois en 1881.

En 1883, difficulté pour uriner, érections incomplètes, pas de troubles trophiques.

En 1884, douleurs musculaires, douleurs en ceinture, crises de sueurs abondantes d'une durée de trois heures.

État au 30 juillet 1885 : élancements extrêmement douloureux et rapides, venant par crises de quinze à vingt-quatre heures, se reproduisant tous les trois ou quatre jours, forçant le malade à crier et localisées surtout dans les membres inférieurs; les membres supérieurs n'étaient pas épargnés.

Réflexes rotuliens abolis.

Marche hésitante, impossible sans canne. Le malade ne peut se tenir sur un pied, même les yeux ouverts. Il sent assez bien la résistance du sol. Pas d'hémiatrophie linguale.

Sensibilité des membres inférieurs assez bien conservée, du moins aux cuisses. Très faible à la jambe gauche, nulle à la jambe droite.

La marche à reculons, les yeux ouverts, est impossible. Les pupilles sont inégales, la gauche plus grande que la droite.

La sensation de froid est la sensation la plus habituelle du malade. Il a toujours froid et a une répugnance extrême pour l'eau froide.

Il lui semble que ses pieds vont tomber, tant ils sont lourds. Il ne peut courir.

Il sent mal ses fesses; de temps en temps il se croit assis sur des boules en caoutchouc; cette sensation n'est pas continue.

Mémoire excellente, intelligence vive, pas de vertiges. Ne peut marcher. Voyage à Lamalou; au retour, l'état est sensiblement le même.

Octobre 1886. — Sensibilité testiculaire nulle. Réflexe testiculaire aboli des deux côtés. État stationnaire.

Janvier 1887. — Impossibilité de soulever le moindre objet avec le bras droit. Des phénomènes analogues s'étaient montrés il y a deux ans dans le bras gauche. Crises laryngées très douloureuses et très fréquentes, deux ou trois crises par jour. Ces crises laryngées sont calmées par des pulvérisations de cocaïne et de morphine.

Les piqûres sur le bras ne saignent pas et forment papule.

La partie suivante relative aux démangeaisons nous a été fournie par M. Arnozan.

Septembre 1887 : « Le malade attire mon attention sur les démangeaisons qui le tourmentent depuis longtemps. Elles occupent deux sièges différents et n'ont pas sur ces deux points les mêmes caractères. »

1° Sur la région sous-claviculaire gauche existe un semis de petites papules à peine roses, grosses comme des têtes d'épingles assez régulièrement espacées, elles sont le siège d'un prurit très intense à certains moments.

Elles existent depuis très longtemps : le malade croit même qu'elles sont antérieures au début de son ataxie.

2° Sur la face externe des deux jambes on ne remarque rien, si ce n'est un développement exagéré des poils et parfois d'abondantes sueurs ; mais il n'y a ni rougeur, ni éruption, ni desquamation, ni lésion apparente quelconque de la peau ; cependant D... est pris deux à trois fois par jour à ce niveau-là de crises de prurit, soudaines, intenses, féroces, rappelant par leur brusquerie, leur acuité, leur disparition, de véritables douleurs fulgurantes. Il se gratte avec frénésie puis, quand il se croit calmé, tout à coup la démangeaison recommence et cela dure pendant une demi-heure, une heure.

Le repos est complet dans l'intervalle de deux crises. Les crises semblent plus fréquentes à certaines époques et laissent ensuite le malade en paix pendant d'assez longues périodes.

Des badigeonnages de nitrate d'argent au 1/30 ont semblé amener pendant quelques jours une rémission du prurit, mais l'amélioration n'a été que de courte durée et la démangeaison a recommencé de plus belle.

OBSERVATION III

(Tirée du mémoire du D^r Milian,

Annales des maladies vénériennes, décembre 1906.)

Lichen circonscrit. — Tabes fruste. — Syphilis ancienne.

D..., employé, âgé de quarante-cinq ans, est atteint depuis novembre 1902 de plaques démangeantes des deux mollets. Il s'agit de deux petits placards de la dimension d'une pièce de 2 francs, infiltrés et entourés d'une zone pigmentée, typiques de lichen circonscrit. Il n'y a ni anesthésie ni retard à la sensibilité au niveau du placard.

Cet homme a des douleurs fulgurantes dans les cuisses et esjambes depuis plusieurs années. Il n'y a pas d'anesthésie plantaire ni de signe de Romberg. Il présente un myosis considérable surtout à gauche avec perte du réflexe lumineux et conservation du réflexe à l'accommodation. Les réflexes achilliens sont entièrement abolis : les réflexes rotuliens sont exagérés vraiment spasmodiques.

Il a eu la syphilis en 1880, son chancre a été diagnostiqué, induré par le professeur Fournier ; la maladie a été suivie pendant quelques temps par le D^r Barthélemy qui a constaté des accidents cutanés et des plaques muqueuses.

Cet homme s'est marié, mais n'a pas eu d'enfants. Il est en outre entaché d'alcoolisme, car il a le facies agité de tremble-

ment musculaire, des sueurs faciles, etc. Il avoue boire chaque jour trois ou quatre apéritifs et autant de petits verres.

Le malade est mis au bromure de potassium (3 gr. par jour) et les plaques de lichen circonscrit sont recouvertes de colle de zinc.

Trois semaines après, les démangeaisons ont complètement disparu, mais le placard reste intact, bien infiltré.

Au bout de ce temps, je le mets en outre aux piqûres d'huile grise. Le placard disparut rapidement à dater de ce moment, non pas certes à cause du mercure, car la guérison survint dix jours après la première piqûre, mais grâce aux enveloppements à la colle de zinc qui n'ont pas été interrompus.

OBSERVATION IV

(Même mémoire de M. Milian.)

*Lichen circonscrit. — Tabes fruste. — Syphilis reconnue
mais inavouée ou ignorée*

A..., quarante-sept ans, négociant, présente depuis deux ans au niveau de la région sacrée, exactement au-dessus de la rainure interfessière, un placard démangeant, de la dimension d'une paume de main. Il s'agit d'un placard infiltré de couleur violacée avec exagération du quadrillage normal, avec quelques squames un peu micacées. Pigmentation marquée autour du placard. Il s'agit d'un placard typique de lichen circonscrit.

Le malade est un tabétique avéré; il a un myosis très accentué avec signe d'Argyll. Les réflexes rotuliens sont abolis.

Quinze ans auparavant il avait eu des douleurs fulgurantes des membres inférieurs qui durèrent six mois et dont la véritable nature resta ignorée.

L'état des réflexes achilléens n'a pas été recherché. Le malade nie toute syphilis, mais il présente sur le bord de la langue des cicatrices stellaires leucoplasiques, reliquat d'ulcérations syphilitiques antérieures.

OBSERVATION V

(Même mémoire de M. Milian.)

Prurit avec lichénification. — Tabes fruste : signe d'Argyl. — Douleurs fulgurantes. — Zones anesthésiques. — Troubles urinaires. — Syphilis non démontrée.

L... Marie, trente-cinq ans, cuisinière, se présente à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis pour des démangeaisons accompagnées d'éruption. Démangeaisons et éruption existent depuis sept ou huit ans ; elles siègent symétriquement à la face antérieure des avant-bras, sur les faces latérales du tronc où elles avancent presque sous les seins, à la face antérieure des cuisses.

L'éruption est constituée par de vastes surfaces pigmentées, couleur café au lait, sur lesquelles se pressent des papules plates et brillantes, mêlées de papules excoriées surmontées d'une croûte brune. L'infiltration des téguments est modérée.

La démangeaison est vive et se manifeste surtout par crises à la chaleur du lit. Elle est d'intensité moyenne.

Les antécédents de cette femme sont les suivants : réglée à quatorze ans et demi, elle a eu l'influenza en 1880, la variole en 1893, elle n'a pas eu d'enfants.

Il est impossible de retrouver chez elle par l'interrogatoire aucun antécédent de syphilis : elle n'en présente aucun symptôme cutané ou muqueux.

Par contre le tabes chez elle est évident. Elle a eu pendant trois mois à l'Hôtel-Dieu, en 1900, des crises de douleurs en ceinture qui survenaient quotidiennement, de 3 à 5 heures du soir, une nouvelle crise la prit en 1901. Depuis un an, elle a des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

Elle présente en outre une anesthésie à peu près complète à la figure sur les membres inférieurs, surtout à la partie externe du pied gauche et du mollet gauche. Depuis un an, elle perd les urines au lit la nuit sans cesse par accès de quatre à cinq jours tous les deux ou trois mois.

Le réflexe plantaire est normal.

Les réflexes achilléens sont normaux.

Les réflexes rotuliens très exagérés,

Les pupilles sont inégales, la gauche étant déformée et en mydriase. Il existe une perte absolue du réflexe lumineux.

Il n'y a pas d'autres signes de tabes, en particulier, pas de signe de Romberg, ni d'incoordination motrice.

Les vicères sont sains. On ne relève chez elle qu'une surdité marquée datant de 1892, et que le Dr Lombard, après examen, attribue à une otite sèche double scléreuse.

OBSERVATION VI

(Id. Mémoire de M. Milian.)

Névrodermite du bras droit.

Douleurs fulgurantes dans ce bras. — Tabes fruste.

P..., emballleur, âgé de soixante-sept ans, vient à la consultation externe de l'hôpital Saint-Louis pour des fourmillements et des démangeaisons du bras droit accompagnés d'une éruption au même niveau, le tout datant du 18 mai environ.

Il existe, en effet, à la partie inférieure de la face externe du bras droit et sur le tiers supérieur de l'avant-bras droit un placard de lichénification de la largeur de 8 à 10 centimètres sur une hauteur de 15 centimètres environ : ce placard est de coloration violacée, modérément infiltré à contours irréguliers. La démangeaison y est très vive ; il y a de l'hyperesthésie très nette à la piqûre. Les nerfs cubital et médian sont assez douloureux à la pression du bras.

Il y a de temps à autre des douleurs fulgurantes dans ce même bras. Il n'y en a ni dans le bras de l'autre côté, ni dans les membres inférieurs.

Cet homme est un éthylique, car il présente du tremblement marqué des membres supérieurs et de la langue ainsi que des petits muscles de la face. Il y a des pituites et des cauchemars ; mais il est, avant tout, un tabétique fruste ; il raconte qu'il a depuis dix-huit mois des émissions involontaires d'urine la nuit dans son lit et le jour dans les pantalons après les mic-

tions. Les réflexes achilléens sont abolis. Le réflexe rotulien droit est conservé mais considérablement diminué. Les pupilles sont déformées ovalaires à grand axe oblique en bas et en dehors pour la pupille gauche, en bas et en dedans pour la pupille droite.

Les réflexes pupillaires sont paresseux et très diminués surtout le réflexe à la lumière. Pas le moindre signe de Romberg, ni la moindre ataxie. Il n'y a pas d'autres troubles de la sensibilité objective que ceux indiqués plus haut.

Le malade nie tout antécédent vénérien. Il a eu deux enfants dont l'un est mort à quatorze ans, l'autre en bas âge.

OBSERVATION VII

(Même mémoire de M. Milian.)

B..., âgé de soixante-quinze ans, vient me consulter le 14 février 1905 pour des démangeaisons violentes dont il souffre depuis un an.

C'est un vieillard bien conservé, au teint clair et rose, au visage peu ridé ; il a gardé tous ses cheveux d'un blanc d'argent, n'a pas le moindre gérotoxon ; il est alerte, vif, un peu agité, même toujours en mouvement et parle sans cesse.

Le prurit siège aux régions antéro-externes des quatre membres et en couvre l'étendue entière. Il est extrêmement violent et survient par crises presque toujours au même moment la nuit, deux heures après qu'il s'est mis au lit. Il se couche vers 10 h. 1/2 environ et vers minuit ou 1 heure du matin la

crise éclate; c'est d'abord une démangeaison, puis une brûlure « un feu terrible dans le jambes »...

Pendant une demi-heure il se frotte avec fureur : « Je me gratte comme le diable, à m'arracher, sans pouvoir m'en empêcher. Je remue dans mon lit, je ne puis tenir en place, je suis souvent obligé de me lever et je tourne autour de ma chambre en miaulant comme un chat. Je réveille les voisins par le bruit que je fais. Il y a des jours où je me jetterais par la fenêtre tant je souffre. Cela dure ainsi une demi-heure, trois quarts d'heure, puis peu à peu cela s'éteint et je m'endors harassé. Quelquefois une autre crise me réveille vers 4 heures du matin. Il y a des nuits où les crises se succèdent sans interruptions et où je reste assis dans mon fauteil ou debout jusqu'au lendemain matin. »

Ces crises paroxystiques surviennent toutes les nuits ou toutes les deux nuits, quelquefois à des intervalles très éloignés.

Elles sont rares dans la journée et, en tout cas, bien moins intenses.

Sur les bras et les avant-bras, sur les cuisses et les jambes, à la face antéro-externe, existent des placards diffus de lichénification typique. Ceux-ci sont nettement postérieurs à l'apparition du prurit; le malade est très affirmatif sur ce point. Il s'agit de vastes placards pigmentés, couleur café au lait, à contours diffus, à la surface desquels existe par place un épaississement modéré des téguments et une exagération du quadrillage normal de la peau avec état luisant de la surface ainsi que des papules de prurigo excoriées.

Le cœur est normal. Le deuxième bruit est peut être un peu clangoreux à l'aorte. Le pouls est tendu et donne 76 pulsations sur le sujet debout, 72 sur le sujet couché. Les artères ne

sont ni dures, ni sinueuses. Les poumons respirent bien dans toute la hauteur. Il n'y a pas le moindre petit râle aux deux bases.

Les fonctions digestives s'accomplissent bien.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

Les antécédents héréditaires de B... sont les suivants :

Père mort à soixante et onze ans d'une maladie de foie. Sa mère à quatre-vingt-deux ans d'une maladie indéterminée. Celle-ci a eu cinq enfants.

Le deuxième, troisième, quatrième. morts en bas âge.

Le cinquième, une fille aujourd'hui âgée de soixante-six ans et bien portante.

Antécédents personnels. — Le malade nie tout antécédent pathologique. Marié en 1885, il eut trois enfants, l'ainé, âgé aujourd'hui de trente-deux ans bien portant, les deux autres morts en bas âge.

Je porte le diagnostic de prurit diffus avec lichénification. Régime lacté absolu et 1 gr. 50 de théobromine pensant qu'il s'agit d'un prurit par auto-inoxication.

11 mars 1905. — Légère amélioration, sangsues dans la région lombaire.

18 mars. — Nouvelles crises pendant la semaine.

22 avril. — Aucune amélioration. La déchloruration ayant échoué, on essaie la chloruration, 1 gramme de NaCl par jour, même échec.

On essaie de la colle de zinc de l'hôpital Saint-Louis. Amélioration légère au début, puis reprise plus forte du prurit.

Le malade se plaignant de troubles urinaires, difficulté de la miction, on fait un examen urétral, qui montre une hyper-

trophie simple de la prostate. Ces troubles de la miction attirent l'attention du côté d'un tabes au début. Hypothèse qu'un examen plus approfondi vient confirmer. On note en effet l'abolition des réflexes rotuliens, les réflexes achilléens et pupillaires sont conservés. Les réflexes cutanés abdominaux sont normaux. Les crémastériens sont abolis. Les réflexes plantaires diminués. Le malade est mis au régime lacto-végétarien, et on lui donne 3 grammes de bromure de potassium par jour.

26 août 1905. — Les démangeaisons persistent, les placards de lichénification sont de plus en plus infiltrés.

28 novembre. — Étant donné l'heureux effet de l'antipyrine dans les douleurs fulgurantes on l'administre à raison de 3 grammes par jour en même temps que 0 gr. 25 de véronal le soir.

2 janvier 1906. — Les démangeaisons paraissent avoir diminué depuis que le malade prend de l'antipyrine, mais pour éviter de fatiguer son estomac, l'antipyrine est remplacée par le pyramidon.

14 janvier. — De nouveau, les crises de démangeaisons surviennent plus violentes que jamais. Sur les instances du malade, on enlève après anesthésie locale à la cocaïne un placard de 4 centimètres sur 1 cm. 1/2 particulièrement prurigineux situé à la face antérieure de la cuisse droite, étant donné le bon résultat obtenu, un placard analogue est enlevé peu de temps après de la même manière.

24 février 1906. — Le mieux n'a été que passager.

Puis, dit M. Milian, je ne le vois plus. La dernière visite date du 24 mars 1906. Je croyais que, las de se traiter, il y avait renoncé. J'ai appris par la suite qu'un jour chez lui, il fut pris

d'accidents abdominaux transporté à la maison Dubois. Il y fut opéré et mourut.

OBSERVATION VIII

(Savin, thèse de Bordeaux, 1911.)

Rosa I..., trente-neuf, ménagère. Entrée le 10 décembre 1910.

Antécédents. — Rien à signaler dans ses antécédents héréditaires, pas de maladies importantes à noter. Réglée à seize ans.

Les règles ont toujours été régulières.

Mariée à vingt-cinq ans. Deux enfants les quatre premières années : le premier est venu à terme, la second à sept mois. Tous deux sont bien portants.

Le mari est en bonne santé.

La maladie a débuté il y a environ un an. Le prurit a été chez elle le premier symptôme.

Elle avait sous la plante des pieds des chatouillements comme si on lui passait une plume. Elle les supportait d'abord, puis était obligée de se gratter avec énergie pour se soulager. Elle était obligée de se déchausser pour se gratter et était réveillée la nuit.

Ces démangeaisons survenaient sans cause appréciable (chaleur du lit, jambes devant le feu) et à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit.

Elles se produisaient tous les jours au début, souvent plusieurs fois, s'accompagnant de sensations de fourmillement et

de crampes dans les mollets quand les crises survenaient la nuit, mais jamais de troubles sécrétoires.

Elle ne se rappelle pas combien de temps ceci a duré, au moins deux ou trois mois, dit-elle. Il y a un an que le phénomène ne s'est pas reproduit.

En même temps, elle se fatiguait facilement et était obligée de restreindre son travail.

En mai elle est prise de raideurs dans l'index droit, puis les doigts des deux mains se prennent, tout travail devient impossible. Ses doigts sont parfois le siège de troubles circulatoires, ils deviennent exsangues.

Les premiers troubles de la locomotion apparaissent. Elle ne peut marcher vite, lance les jambes en avant. Il lui semble marcher sur du coton.

En même temps elle éprouve des douleurs spontanées lui parcourant les membres, présentant les caractères de secousses électriques, espacées, non groupées par crises.

En juin, affaiblissement de son œil gauche, elle essaie en vain de corriger sa vue avec des lunettes.

Tous ces phénomènes la décident d'entrer le 10 juin à l'hôpital.

État actuel. — Membres supérieurs : les doigts sont raides, ne se ferment pas pour prendre les objets. Ils s'étendent les uns après les autres.

La force y est conservée, mais diminuée. Mouvements volontaires vifs et saccadés arrivant avec violence au but s'ils ne sont pas aidés par la vue. Perte de la notion de position des membres.

Sensibilité retardée. Hyperesthénie surtout à la partie interne de l'avant-bras. Sensation de froid et de chaud conservée. Sens stéréognostique aboli. Pas de sensibilité spéciale pour les os, muscles et tendons, sensibilité cubitale conservée. Réflexes abolis. Atrophie de tous les membres de la main.

Membres inférieurs : la malade avance en tâtonnant et en titubant. Il lui semble qu'elle marche sur un tapis épais.

Signe de Romberg positif. Raideur des jambes qui obéissent mal aux mouvements qu'on leur fait.

Sensibilité un peu retardée, quelques douleurs spontanées dans les jambes et les pieds.

Pas de paralysies oculaires. Nystagmus très léger, pas de diplopie ni de dyschromatopsie. Oûie, odorat et goût conservés.

Pas de troubles de la parole, pas d'hémiatrophie linguale ni de tremblement de la langue.

Cœur : tachycardie. 104 pulsations, bruits normaux, pouls un peu faible.

Lymphatiques : petits ganglions dans l'aîne, aisselle, nuque. Pas de ganglions préauriculaires et olécraniens.

Rien au poumon, appareil digestif, foie, appareil urinaire. Règles régulières.

Ponction lombaire, hypertension du liquide céphalo-rachidien.

OBSERVATION IX

(Savin, *idem.*)

M^{me} A... cinquante-quatre ans, vestonnière. Entrée le 2 mai 1910 salle des femmes incurables.

Entrée à Saint-André en novembre comme tabétique chez M. le professeur Pitres. Elle y resta un mois où on lui fit faire de la rééducation. Elle est entrée ici le 2 mai 1910.

Malade depuis 1906. Elle est obligée de marcher appuyée sur le bras de quelqu'un, devient faible et est obligée de quitter son métier de tailleuse.

En même temps elle a des douleurs fulgurantes, d'abord rares, puis à peu près constantes. Au point de départ occipital elles traversent le dos et les membres.

De 1906 à 1910 elle se fait soigner constamment par M. Pitres (rééducation, piqûres de biiodure et de cacodylate) avec alternatives de mieux et de mal.

Les douleurs fulgurantes persistent.

22 juin 1907. — Elle éprouve, à la suite de piqûres, la sensation que son œil gauche éclate et immédiatement la cécité complète se fait.

L'œil droit s'affaiblit peu à peu. D'abord elle a la sensation de mouches volantes, puis d'un voile bleuté qui s'épaissit peu à peu. La vue se perd complètement.

Dans ses antécédents on trouve des crises jusque vers l'âge de trois et quatre ans, la rougeole à sept ans. Erysipèle à dix ans.

Réglée à onze ans, facilement et abondamment. Pas mariée, ni enfants, ni fausses couches. Variole à quinze ans.

En même temps que son tabes se développe une bronchite avec toux, expectoration muqueuse et quelques crachements de sang.

Rien dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

19 mai 1910. — La malade marche bien, elle est un peu incoordonnée. Elle a conservé son intelligence, coud tout en ne voyant pas. L'appétit est bon.

Elle se plaint toujours de douleurs fulgurantes diffuses avec crises de gastralgie et vomissements alimentaires et glaireux. Langue humide non trémulente.

Strabisme externe droit, pas d'inégalité pupillaire.

Pas de nystagmus, la mimique est conservée.

Blépharo-spasme fréquent.

Dents déchaussées. Elle en a perdu plusieurs sans qu'elles soient cariées.

Audition conservée.

Membres supérieurs : pas d'incoordination ni d'engourdissement, forces conservées.

Les réflexes existent et sont assez vifs à gauche.

Pas de tremblements, doigts hippocratiques.

Membres inférieurs : musculature grêle, instabilité des pieds au-dessus du plan du lit, surtout à gauche.

Résistance très grande aux mouvements contraires.

Pas de perte du sens des attitudes.

Sensibilité conservée aux divers modes.

Réflexes rotuliens nuls. Abdominaux vifs.

Appareil respiratoire : sonorité normale en avant, respiration granuleuse et inégale à gauche, vibrations fortes.

En arrière, sonorité diminuée dans la fosse sus-épineuse gauche.

Rien au cœur. Se lève plusieurs fois pour uriner, mais n'a jamais eu d'albumine.

Réglée jusqu'à cinquante-deux ans, pas de pertes.

Depuis sa bronchite elle a eu des crises de prurit, c'est-à-dire depuis quatre ans.

Réaction de Wassermann positive.

25 avril 1910. — Liquide céphalo-rachidien sans lymphocytose.

14 février 1911. — Interrogée au point de vue de son prurit on obtient les renseignements suivants

Le prurit a surtout été violent pendant l'été 1910 avec lésions de grattage dans la région lombaire.

Elle nous dit avoir eu à diverses reprises des démangeaisons dans le dos, sur les bras, à la partie antérieure du thorax, quelquefois dans les jambes.

Dans le dos, surtout, elles étaient si violentes, que pour se soulager elle était obligée de se frotter fortement contre le dossier de sa chaise.

Ces crises survenaient plusieurs fois dans la journée sans causes appréciables, elles avaient le caractère de chatouillements assez vifs pour la réveiller la nuit. Actuellement le prurit a disparu.

La malade n'a jamais eu la jaunisse. On n'a jamais trouvé dans ses urines ni sucre, ni albumine; jamais d'urticaire.

Pas de phthiriasis, elle n'était pas sujette au prurigo étant

enfant, ni au prurit d'été ou d'hiver. N'a jamais eu la gale.

Elle n'a pas de fourmillements à la peau. Elle a simplement dans le dos des taches de lentigo sénile et des verrues séborrhéiques pigmentées en grand nombre.

Aucune lésion de grattage. Elle sent très bien.

OBSERVATION X

(Milian, *Bulletin de la Société de dermatologie*, janvier 1906.)

Érythème miliaire leucogénique prurigineux chronique.

Le 1^{er} novembre je voyais un nommé G..., âgé de quarante-huit ans, archiviste de la Compagnie des chemins de fer de l'Ouest, qui se plaignait de démangeaisons insupportables sur le corps et les membres.

Il avait depuis plus de six ans des attaques fréquentes d'urticaire typique avec grands placards œdémateux, mais depuis six semaines l'affection s'était modifiée. Les grandes plaques d'urticaire étaient devenues très rares, apparaissant peut-être au nombre d'une ou deux tous les quinze jours ; par contre il s'était établi une éruption d'un genre très particulier que je ne saurais qualifier autrement que d'érythème miliaire leucogénique chronique.

Lorsqu'on découvre le malade rien ne frappe tout d'abord, tant l'éruption est discrète. Mais bientôt on reconnaît sur le tronc, particulièrement sur les flancs, les fesses, les membres, les cuisses surtout, une série de petites taches rouges de la dimension d'une tête d'épingle, arrondies, légèrement saillantes, assez analogues aux taches rosées de la fièvre typhoïde.

Elles sont un peu plus petites, moins éclatantes, mais surtout elles sont entourées d'une zone blanche, véritable couronne anémique de la dimension d'une lentille ou un peu plus.

En bien des points la tache rosée a disparu et il ne reste plus qu'une macule blanche arrondie post-éruptive, non cicatricielle. Le mélange de taches blanches d'ailleurs peu accentuées et de taches roses entourées de blanc donne à la peau un aspect général un peu marbré dont on ne distingue pas au premier coup d'œil les éléments constitutants.

Il y a des jours où ces taches sont beaucoup plus abondantes. Elles occasionnent un prurit insupportable, souvent même des fourmillements. Elles sont surtout provoquées par le froid, c'est ainsi qu'au mois de décembre étant resté trois heures dehors par un froid assez vif, il poussa sur les mains du malade des taches rouges nombreuses qui s'accompagnèrent d'une démangeaison intolérable. Le tout s'effaça une heure après qu'il fut rentré chez lui à la chaleur.

Le malade est très nettement dermatographique, en traçant sur la peau une ligne avec une épingle, cette ligne bien qu'étroite devient rapidement saillante et rouge sans anémie périphérique ; en passant sur les macules blanches la raie vaso-motrice fait une saillie à peine marquée.

Ce malade est sain par ailleurs, l'appétit est bon, et les fonctions digestives sont normales, les poumons et le cœur sont normaux. Le pouls régulier est à 80 pulsations debout.

Les urines ne renferment ni sucre ni albumine. Voici l'analyse qui en a été faite, le 20 novembre 1905, par M. Ferd. Vigier :

Le malade étant au régime lacto-végétarien depuis vingt jours et absorbant chaque jour 2 litres de lait au minimum :

Réaction : acidité faible.

Odeur : normale.

Couleur : jaune pâle.

Aspect : limpide.

Sédiments après repas : léger dépôt jaunâtre.

Densité : 1,012.

Albumine : néant.

Sucre : néant.

Urée : 11. gr. 30 par litre.

Acide urique : 0. gr. 16.

Acide phosphorique : 0 gr. 15.

Chlorure de sodium : 3 gr. 45.

Mucines : néant.

Pigments biliaires : néant.

Indoxyl : néant.

Urobiline : traces légères.

Volume pendant vingt-quatre heures : 2.750.

Le système nerveux du malade seul est certainement un peu touché. Cet homme est nerveux, agacé par son état dont il s'exagère considérablement la gravité. Il en est très frappé, ayant souvent envie de pleurer, toujours de mauvaise humeur, n'étant plus approchable. Il est depuis cinq ans dans un état d'impuissance relative.

Il n'a pas eu le moindre rapport sexuel depuis cinq mois, il a bien quelques érections, mais elles tombent dès qu'il veut les

utiliser, les réflexes rotuliens, achilléens et pupillaires sont normaux.

Cet homme est bien constitué. Il est grand, 1 m. 85 de hauteur, il a le facies coloré couvert de taches de rousseur, bien plus jeune d'aspect que son âge. Ses cheveux sont châtain clair, la moustache châtain roux ; l'œil gris ; il est bien proportionné.

Il a eu la syphilis à l'âge de vingt ans : chancre sur la verge, suivi de roséole et de plaques dans la bouche, dont il s'est soigné pendant un an par les pilules, puis plusieurs années par l'iodure de potassium.

Marié en 1889, il a eu en 1890 un enfant né avant terme à huit mois et mort au bout d'une heure ; une fille de treize ans bien portante.

Ce malade est mis au régime lacto-végétarien, au bicarbonate de soude, aux douches tièdes, étant donné le rapport que semble avoir l'affection actuelle avec l'urticaire.

Après vingt-cinq jours de ce régime, il y avait une amélioration très légère. Je voulus essayer l'effet de l'antipyrine qui réussit très bien dans certains prurits.

Je lui prescrivis ce médicament à la dose de 3 grammes par jour. Un matin, midi et soir ; or, bien qu'ayant déjà plusieurs fois pris ce médicament sans inconvénient, il fut pris aussitôt après le premier cachet, dans la nuit qui suivit l'absorption, d'une enflure considérable de la tête, cuir chevelu, front et paupières qui dura vingt-quatre heures ; les conjonctives elles-mêmes étaient injectées.

Devant ce résultat malencontreux, je remplaçai l'antipyrine par le pyramidon, mais au premier cachet de ogr. 25 de ce médi-

cament, des accidents absolument analogues à ceux produits par l'antipyrine apparurent.

Je renonçai donc à toute thérapeutique de ce genre et remis le malade au simple traitement : régime lacto-végétarien, douches tièdes et bicarbonate de soude.

Aujourd'hui, 11 janvier, l'éruption est toujours à peu près la même, mais des démangeaisons paraissent avoir un peu diminué.

OBSERVATION XI

(Rehaud, thèse de Paris, 1907.)

V... Alphonse, quarante-sept ans, employé de commerce, n° 7 de la salle Jenner, service du Dr Babinski à la Pitié.

Tabes datant de onze ans, abolition des réflexes rotuliens, myosis et signes d'Argyll Robertson, léger degré de parésie vésicale.

Ce malade a eu au commencement de sa maladie et en même temps que des douleurs fulgurantes dans les jambes, des démangeaisons très fortes, avec un besoin de se gratter irrésistible. Il se pinçait la peau tant le prurit était intolérable. Ces démangeaisons étaient localisées à la région lombaire et la chaleur du lit les exaspérait. Elles s'accompagnaient de picotements et de cuissons, pourtant la peau paraissait absolument normale. Elles durèrent ainsi pendant trois mois puis disparurent définitivement. Le malade remarque lui-même que les douleurs fulgurantes cessèrent à la même époque.

OBSERVATION XII

(*Idem.*)

C. V..., soixante-quatre ans, couchée au n° 17 de la salle Chardon-Lagache, service du professeur Déjerine à la Salpêtrière. Tabes qui a débuté à l'âge de quarante ans; elle présente actuellement tous les signes d'un tabes avéré.

Incoordination extrême des membres inférieurs. Abolition des réflexes achilléens et rotuliens. Signe d'Argyll. Elle a eu il y a vingt-six ans des crises gastriques terribles; en même temps que ces crises elle a eu à la poitrine des démangeaisons très vives survenant principalement après les repas. Elles ont disparu sans traitement et définitivement après avoir persisté pendant six à sept mois. Les douleurs gastriques, elles aussi, ont cessé à peu près à la même époque.

OBSERVATION XIII

L..., cinquante-huit ans, femme de ménage, couchée au n° 2 de la salle Chardon-Lagache, service du professeur Déjerine à la Salpêtrière.

Tabes datant de huit ans, la pupille ne réagit plus à la lumière, présente du myosis, surtout à droite. Les réflexes rotuliens et achilléens sont abolis.

Incoordination des membres.

Tout à fait au début de sa maladie, dit-elle, elle a eu de très vives démangeaisons la forçaient à la poitrine qui à se gratter

jusqu'à s'arracher la peau. Il n'y avait d'ailleurs aucune éruption qui puisse expliquer ces démangeaisons. Elles coïncidaient précisément avec des douleurs lancinantes et des fourmillements siégeant aux mollets. Ces démangeaisons qui survenaient par crises durant jusqu'à une heure ont persisté pendant plusieurs années et ont disparu ensuite.

OBSERVATION XIV

(*Idem.*)

D..., cinquante-huit ans, couturière, couchée au n° 13 de la salle Géraudo, service du professeur Déjeurine à la Salpêtrière. Tabes durant de treize ans.

Abolition des réflexes rotuliens. Signe de Romberg, signe d'Argyll, inégalité pupillaire. A eu autrefois, au début de son tabes en même temps que les douleurs constrictives du thorax, des démangeaisons à la ceinture, sous les aisselles et dans la région inguinale des deux côtés. Ces démangeaisons violentes l'obligeaient à se gratter fortement, ce qu'elle faisait d'ailleurs sans obtenir aucun soulagement. Elles ont duré plus d'un an et ont fini par disparaître d'elles-mêmes sans traitement.

OBSERVATION XV

(*Idem.*)

X..., quarante-deux ans, garçon de restaurant, soigné à l'Hôtel-Dieu dans le service du D^r Faisans.

Tabes fruste, pas d'incoordination, signe d'Argyll.

Ébauche de Romberg. Abolition des réflexes rotulien et achilléen. Douleurs fulgurantes, crises vésicales.

Il a eu des démangeaisons dans les mollets qui ont duré pendant quatre mois, prurit violent survenant quelque temps après que le malade était au lit, pas de lésions locales de la peau à ce moment. Aujourd'hui, il n'existe pas de traces de lichénification. Ces démangeaisons sont survenues un peu après l'apparition de douleurs fulgurantes.

OBSERVATION XVI

Louise D..., cinquante ans, cuisinière, couchée au lit n° 9 de la salle Sainte-Jeanne à l'Hôtel-Dieu.

Tabes depuis six ans, signe d'Argyll Robertson.

Abolition des réflexes rotulien et achilléen. Romberg ébauché.

A eu des démangeaisons qui ont débuté en même temps que son tabes. Ces démangeaisons très vives, exaspérantes, étaient localisées à la ceinture et irradiaient jusqu'aux membres inférieurs.

Elles survenaient par accès durant une heure et aucun traitement ne les soulageait. Elles sont apparues en même temps que les douleurs fulgurantes et ont disparu le 20 janvier de cette année en même temps que ces dernières.

OBSERVATION XVII

Prurit anal à crises paroxystiques datant de douze ans.

Exagération des réflexes tendineux. — Signe d'Argyll.

V..., cinquante-cinq ans, 24 mars 1906, se plaint de démangeaisons très vives à l'anus depuis une douzaine d'années. Très violentes surtout depuis dix-huit mois, elles apparaissent sous forme de crises paroxystiques surtout nocturnes. Localement on ne voit aucune altération des téguments, sinon peut-être un peu d'épaississement des plis radiés.

Réflexes achilléens et rotuliens exagérés.

Réflexes pupillaires abolis à la lumière, conservés à l'accommodation.

Marié depuis douze ans et possédant une petite fille de huit ans bien portante, quoi qu'un peu délicate, nie tout accident syphilitique. Il a eu à la verge une petite écorchure qui a duré quinze jours.

OBSERVATION XVIII (Résumée)

Prurit anal. — Crises péri-orbitaires et péri-nasales. — Troubles pupillaires. — Exagération des réflexes tendineux. — Lymphocytose céphalo-rachidienne.

B..., trente-sept ans, garçon de magasin, 25 septembre 1906, se plaint de démangeaisons à l'anus et aux parties génitales durant depuis douze à treize ans. Ces démangeaisons s'accom-

pagnent de douleurs vives en coup d'épingle, picotements. Surviennent surtout la nuit, après avoir mangé certains aliments irritants.

En même temps, crises péri-orbitaires et péri-nasales.

Réflexes rotuliens et achilléens exagérés.

Inégalité pupillaire, abolition du réflexe lumineux de droite, tandis qu'il est conservé à gauche.

Nie tout antécédent syphilitique. Une blennorrhagie à vingt-quatre ans, fièvre typhoïde à dix-huit ans, deux érysipèles de la face à vingt-trois et vingt-huit ans.

Le pyramidon ayant échoué, on fait une ponction lombaire : liquide abondant mais sans tension, lymphocytose légère.

Après la ponction lombaire, soulagement durant deux mois.

3 janvier 1907. — Les démangeaisons persistent au visage, mais peu accentuées. Celles de l'anus ont disparu.

4 avril 1907. — Démangeaisons à nouveau très vives.

18 juillet 1907. — Toujours des démangeaisons, pupilles inégales, mais cette fois mydriase à droite où le réflexe est reparu, il a disparu à gauche.

OBSERVATION XIX (Résumée)

Milian, *Prurit anal. — Mal perforant. — Réflexes achilléens-disparus. — Douleurs fulgurantes. — Lymphocytose céphalo-rachidienne.*

D..., trente-trois ans, 11 juillet 1905, mal perforant plantaire à droite. Douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs, réflexes achilléens et rotuliens conservés.

Pas de troubles pupillaires, syphilis depuis 1896.

5 août 1905. — Réflexe achilléen droit diminué. Aboli à gauche.

10 octobre. — Ponction lombaire, lymphocytose marquée. Depuis le début de l'année, démangeaisons anales après chaque selle pendant dix minutes et dans la nuit sans cause. Aucune altération des téguments.

Bien que le malade soit au traitement mercuriel intensif, le prurit persiste toujours aussi vif à la date du 5 juin 1906. En vingt jours, le traitement par antipyrine et salicylate de soude de chaque 0 gr. 50 le débarrasse de son prurit, bien que la lymphocytose rachidienne persiste encore le 5 janvier 1907, ni sucre ni albumine dans les urines.

OBSERVATION XX (Résumée)

(Milian.)

Prurit anal, pré-orbitaire, pré-temporal. — Signe d'Argyll. — Abolition du réflexe rotulien gauche. — Syphilis vingt-quatre ans auparavant.

19 avril 1904. — S..., quarante-quatre ans. Démangeaisons anale et aux deux paupières supérieures, un peu aux inférieures, en avant des tempes. Il passe sans cesse ses doigts sur ses sourcils pour y remédier. Il a consulté un oculiste renommé qui n'a pas trouvé de maladie palpébrale.

Ni sucre, ni albumine.

Douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs depuis

quatorze ou quinze ans. Signe d'Argyll. Abolition du réflexe rotulien gauche. Syphilis il y a vingt-quatre ans (chancre de la lèvre inférieure). Actuellement leucoplasie linguale très accusée.

OBSERVATION XXI (Résumée)

6 septembre 1906. — C..., trente-six ans. Crises gastriques depuis cinq mois. Prurit pré-stomacal qui survient surtout après le repas par crises intolérables qu'il calme en se grattant furieusement, ou encore en se pinçant la peau ou en appuyant fortement les deux mains sur la région prurigineuse. Il y a souvent engourdissement dans la même région.

La sensibilité objective y est diminuée, car il sent moins la piquûre et même la pression profonde. Ni sucre, ni albumine. Réflexes rotuliens et achilléens exagérés. Pupille droite irrégulière. Réflexes lumineux diminués, souvent de la diplopie. Troubles vésicaux : parésie vésicale qui se traduit par la lenteur des mictions et l'obligation où il se trouve de s'accroupir pour uriner. Perte de l'urine dans le pantalon à la fin des mictions, chancre syphilitique du méat en 1899 soigné pendant cinq ans par les pilules et l'iode.

OBSERVATION XXI

(Milian.)

Prurit thoracique et lombaire. — Douleurs fulgurantes. — Réflexes rotuliens diminués, achilléens abolis. — Argyll

11 juillet 1905. — L..., cinquante-trois ans. Se plaint de souffrir depuis quatre mois de démangeaisons à la face antérieure

du thorax et à la région lombaire. C'est particulièrement la nuit qu'il souffre. Le grattage est modéré, car le prurit l'est lui-même. Aucune éruption cutanée. Les douches tièdes et les pommades ne font qu'exagérer le prurit.

Malgré un traitement mercuriel par l'huile grise, le prurit persiste identique avec les mêmes caractères de localisations, à la date du 12 décembre 1905.

Il s'agit d'un tabétique avéré qui présente des douleurs fulgurantes et quelques troubles urinaires. Il a les réflexes rotuliens diminués, les achilléens abolis ainsi que les réflexes lumineux.

Cet homme a eu la syphilis en 1876.

Ni sucre, ni albumine.

OBSERVATION XXII (*bis*)

(Lamy.)

Incoordination extrême des membres inférieurs survenue très près du début apparent de l'affection.

Mouvements athétosiques incessants des pieds comme on en observe parfois chez les grands ataxiques.

Abolition du réflexe achilléen et rotulien, parésie vésicale, signe d'Argyll. Crises gastriques avec vomissements incoercibles durant plusieurs jours.

Pendant les trois dernières années de sa vie, cette malheureuse femme fit à plusieurs reprises, et à des intervalles éloignés de plusieurs mois, des crises de prurit alternant avec les crises gastriques et durant comme elles deux ou trois jours.

Ces crises étaient pour la malade un véritable supplice, à tel point disait-elle, qu'elle les redoutait plus que les crises douloureuses, d'autant plus que ces crises prurigineuses cédaient moins complètement que les douleurs à la morphine, et que je dus une fois pour elles avoir recours à la ponction lombaire suivie d'une injection arachnoïdienne de stovaïne qui amena un réel soulagement.

Le prurit occupait surtout la région dorso-lombaire irradiant un peu dans les membres inférieurs.

La malade impotente dans son lit, immobilisée sur le dos, priait qu'on la retournât et qu'on lui frictionnât vigoureusement le dos, ce qui n'amenait aucun soulagement d'ailleurs.

OBSERVATION XXIII

(Milian, Soc. méd. des hôpitaux, 13 octobre 1911, p. 203.)

Prurit et roséole urticarienne tabétique.

Le malade se présente à la consultation de médecine de l'hôpital de la Charité le 1^{er} septembre 1911, à cause d'un prurit dont il se plaint depuis quinze jours. Ce sont des picotements au-devant du thorax qui surviennent le soir en se couchant, à la chaleur du lit; le jour, quand il a un peu de transpiration ou qu'il a travaillé un certain temps.

La crise de démangeaison dure une demi-heure environ. C'est supportable, mais « agaçant, énervant ». Pour se soulager, il se frotte avec le plat de la main et non avec les ongles. Il est calmé par la fraîcheur, comme par exemple, l'application d'un linge neuf.

Il y en a également dans le dos, mais moins ; un peu au bas-ventre. Rien aux mains ni à la figure.

Le malade n'a aucune trace de grattage, mais il présente de multiples taches roses qui disparaissent à la pression, taches de la dimension d'une tête d'épingle à une lentille et ressemblant à une véritable roséole.

Dans les périodes aprurigineuses, ces taches disparaissent entièrement, sauf au-devant du thorax, où existent quelques petits reliquats vaguement rosés ou pigmentaires.

On peut faire apparaître cette roséole à volonté en frictionnant légèrement la surface des téguments avec un linge. On la fait même apparaître dans des régions où le malade n'accuse pas de prurit : aux bras, sur le dos. L'éruption ainsi provoquée dure deux ou trois minutes.

Certains éléments de cette roséole ont autour d'eux une légère zone blanchâtre, anémique, et après la friction, ces éléments érythémateux deviennent œdémateux, véritablement urticariens.

Le malade est d'ailleurs dermatographique : le grattage fait une ligne saillante de près de 1 millimètre avec une largeur de 2 millimètres, entourée d'une zone érythémateuse diffuse, périphérique, et lorsqu'on frotte avec la compresse il vient une plaque érythémateuse à l'endroit frotté. La ligne se verra le 10 septembre comme au premier jour, mais de couleur jaunâtre ecchymotique.

Les réflexes rotuliens et achilléens ont disparu, le crémastérien droit disparu, le gauche est normal.

Réflexe pupillaire : nul à la lumière, existe à l'accommodation. Donc Argyll net. Inégalité pupillaire très accusée par myosis droit.

Romberg très accusé.

Babinski : net à gauche, extension des orteils. A droite pas de réflexe plantaire.

Hyperesthésie cutanée généralisée particulièrement au thorax ou au tronc, où les frictions, les piqûres d'épingles provoquent des réactions de défense exagérées. Dissociation de la sensibilité localisée. Aux deux pieds, jusqu'à la cheville, la sensibilité thermique est abolie.

Le sens stéréognostique conservé à gauche est diminué à droite : le malade reconnaît un porte-plume, ne reconnaît pas un gros couteau. Autrefois, dit-il, il ne savait distinguer si un verre était chaud ou froid. Démarche, talonne un peu.

Ataxie supérieure : très nette, ne peut porter l'index au nez sans trébucher.

Ganglions : un petit pois à l'aîne droite. Rien ailleurs.

Il n'a pas d'impuissance et se livre au coït régulièrement trois fois la semaine.

Dystrophies : cinquième orteil droit déplacé ; deuxième gauche en marteau.

Poumons : normaux.

Cœur très léger, souffle d'insuffisance aortique.

Histoire de la maladie : chancre à vingt-deux ans. Soigné immédiatement par du mercure en potion pendant trois semaines, iodure pendant deux mois.

Puis durant vingt-sept ans, aucun accident, aucun traitement.

Il y a huit ou neuf ans, mal perforant du pied gauche. Puis il y a six ans, hémip légie droite et douleurs en coup de fouet.

Successivement, en l'espace de deux ans, ictère, crises gastriques, pertes d'urines.

A ce moment, il a reçu quatre ou cinq séries de 30 piqûres. Tout a disparu.

Il ne reste parfois que quelques douleurs dans la vessie, avec envie d'uriner et miction de quelques gouttes, et de fréquents besoins d'aller à la garde-robe.

Aucun accident à part cela pendant quatre ans, jusqu'à ce prurit datant de quinze jours.

A signaler enfin des maux de tête qu'il dit avoir eus d vingt-deux à trente-cinq ans, trois ou quatre jours par semaine, jour et nuit. Un médecin autrichien lui aurait supprimé cette douleur en lui passant un pinceau dans les narines, ce qui le fit pleurer, couler un demi-litre d'eau et l'aurait guéri.

OBSERVATION XXIV

(Bitot, *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*,
juin 1911.)

Du prurit tabétique.

Homme, soixante-trois ans. Tabes fruste depuis 1877. Syphilis. Signe d'Argyll Robertson. Abolition des réflexes rotuliens et achilléens. Signe de Romberg. Incontinence d'urine. Impuissance.

Hyperesthésie en plaques des téguments. Douleurs fulgurantes à prédominance dans les membres inférieurs et autour de la ceinture, mais évoluant aussi dans les membres supé-

rieurs ; pas d'incoordination motrice. La marche s'effectue facilement et sans appui.

Histoire de l'affection prurigineuse. Le début remonte à novembre 1905. Le lendemain d'un très bon dîner, M. X... fut pris dans la première partie de la nuit de démangeaisons localisées aux membres inférieurs, à l'abdomen et au sacrum. D'abord assez faibles, elles augmentèrent progressivement et atteignirent une intensité assez grande pour empêcher le sommeil jusqu'au matin.

Mandé par lui le jour suivant, nous voyons que la peau des régions atteintes de prurit la nuit précédente porte des traces de grattage et qu'on décèle sur l'abdomen ainsi qu'au niveau du sacrum et sur la face antéro-interne des cuisses et des jambes, de faibles îlots de papules blanches, larges comme une toute petite lentille et identiques à celles que produisent les piqûres d'épingle sur la peau des hystériques.

A part cela, l'ensemble des téguments externes est complètement normal.

En présence de notre surprise, que si peu de manifestations cutanées aient pu occasionner un prurit aussi généralisé et aussi insupportable, le malade déclare lui préférer de beaucoup les douleurs fulgurantes.

Cet état dura six jours environ, pendant lesquels les crises évoluèrent d'une manière à peu près identique.

Aussi, pour ne pas fatiguer par des redites inutiles, nous contenterons-nous d'en faire un exposé général.

Évolution d'une crise de prurit. — M. X... se couche en parfait état, pensant dormir d'un sommeil réparateur lorsque, une demi-heure ou trois quarts d'heure après le coucher, il

ressent de légères démangeaisons sur la moitié inférieure de l'abdomen, sur le sacrum et sur les membres inférieurs, particulièrement sur la face antéro-interne des cuisses.

La peau, uniformément rouge sur ces diverses régions, est le siège de sensations de coups d'aiguilles, soit isolés, soit en gerbe, allant de la profondeur vers la périphérie et se manifestant sans aucun ordre ni sans région de prédilection.

Instinctivement, le malade se frictionne sur les points endoloris d'où émergent aussitôt et à la suite de la friction seulement, des papules. Bientôt après, la démangeaison étendue aux régions précédemment indiquées augmente d'intensité, puis devient absolument intolérable au point d'empêcher tout repos.

Ce n'est que vers quatre heures ou cinq heures du matin que le calme revient progressivement et que le sommeil s'établit. Au réveil, fatigue extrême et terreur profonde, durant toute la journée, en prévision de la nuit suivante.

Il va sans dire que la santé générale s'en ressentit et que, par précaution, les toniques divers furent adjoints aux anesthésiques en général.

Cachets ou potions, pommades et frictions *ad hoc*, régime alimentaire ; voire même régime lacté absolu, diurétiques, laxatifs, antiseptiques intestinaux donnèrent des résultats très médiocres. Les injections de morphine même échouaient dans l'immense majorité des cas et c'était là une cause de découragement parce que « alors comment obtenir un peu de repos », répétait sans cesse, le malheureux malade. « Au moins, avec les douleurs fulgurantes, pas de crainte pareille ! »

Les lotions et les compresses d'eau blanche, avec une pom-

made contenant de la cocaïne atténuaient un peu le prurit. La compression du membre inférieur à l'aide d'une bande de toile fine parut donner un assez bon résultat. Aussi, un bas élastique en tissu de soie s'imposa-t-il. Ce mode de soutènement améliorait incontestablement la situation.

Enfin, le port d'un caleçon de soie rouge, pour isoler le caleçon de laine, complétait heureusement les modifications apportées par les moyens précédents, donnant la préférence à la couleur rouge, en égard aux heureux résultats fournis par elle au cours de localisations cutanées d'ordre variable (variole, scarlatine, érysipèle, etc.).

C'est en présence de la ténacité presque décourageante du prurit que nous songeâmes à une manifestation tabétique, opinion corroborée par la réflexion du malade :

« C'est curieux, disait-il, comme mes douleurs fulgurantes n'existent plus depuis que j'ai mes démangeaisons. »

Pour confirmer ce diagnostic étiologique, nous priâmes le professeur Dubreuilh de nous donner son opinion.

Il la confirma pleinement. Ils s'agissait d'un *prurit tabétique*.

Depuis des années, les accidents conservent les mêmes allures mais n'ont jamais duré aussi longtemps que lors de la première apparition (six mois consécutifs).

Voilà dix-huit mois que les crises de démangeaisons éclatent par instants, sans prodrome aucun et durent une ou deux nuits pour ne reparaitre qu'au bout de plusieurs semaines ou de plusieurs mois.

Bien qu'on ne puisse pas leur appliquer des causes invariables, il est bon de dire que, d'après le malade, elles arrivent

presque à coup sûr après un écart de régime alimentaire, tandis que les refroidissements ou les changements de temps provoquent des douleurs fulgurantes.

La nature de ce prurit suggérait naturellement les conséquences heureuses à retirer d'un traitement par les eaux de Lalamou, dont le malade était d'ailleurs un habitué assidu. L'espoir en fut déçu et nous ne saurions mieux faire que de signaler l'opinion si éloquente que nous écrivit notre distingué confrère le Dr Belugon.

« Le cas de M. X... est absolument typique. Les crises de prurit suivent exactement la marche des crises fulgurantes dans le tabes : les mêmes causes les provoquent, les exagèrent, les mêmes traitements les atténuent. J'ai même constaté, chez M. X..., d'une façon très nette que les crises douloureuses ont été souvent remplacées par ces crises de prurit et que deux ou trois fois, après leur disparition plus brusque que d'habitude, des crises fulgurantes ont semblé les remplacer assez catégoriquement pour qu'on ne pût songer à une simple coïncidence.

» Mieux encore j'ai fait faire l'analyse des urines de M. X... au moment de la crise prurétique et immédiatement au moment de sa disparition, et j'ai constaté ce que j'ai toujours constaté dans le cas de crises fulgurantes ou de crises viscéralgiques : pendant la crise, rétention urique ; après la crise, décharge urique (je vous donne cette indication absolument neuve).

» Enfin, M. X... a toujours été fortement soulagé par les cures de Lalamou et dans les conditions où sont soulagés les phénomènes sensitifs du tabes : excitation d'abord, puis sédation progressive, puis disparition des crises pendant deux ou trois trimestres. Et cette influence favorable des eaux, je l'ai constatée

dans la dizaine de cas où j'ai vu le prurit représenter un des symptômes principaux du tabes,

Or, quand on connaît l'action existante et même aggravante de sa nature sur toutes les affections herpétiques proprement dites, sur tous les prurits dépendant d'une affection cutanée, on peut tirer, suivant l'adage connu, de cet effet thérapeutique, des indications convaincantes sur la nature du symptôme.

OBSERVATION XXV

(Bitot, *Annales de dermatologie*, juin 1911.)

Homme trente-neuf ans. Chancre à l'âge de vingt et un ans, de variété indéterminée, mais sans accidents consécutifs. Tabes fruste depuis 1902. Douleurs fulgurantes et lancinantes. Ptosis à droite et diplopie ; puis successivement, arthropathie du pied gauche, excitation génitale, parésie vésicale, impuissance, mal perforant plantaire du pied gauche.

Signe d'Argyll Robertson, diminution des réflexes achilléens et rotuliens, signe de Romberg. Très peu d'ataxie, diminution des sensibilités profondes et spéciales, douleurs fulgurantes.

Depuis le 5 novembre 1907. éruption prurigineuse, cessation des douleurs fulgurantes, dès l'apparition du prurit.

J. C..., trente-neuf ans, vannier, est entré à l'hôpital Saint-André le 17 octobre 1907, service de M. le Dr Bitot pour de violentes douleurs fulgurantes.

Antécédents héréditaires. — Rien de bien intéressant.

Antécédents personnels. — Chancre au cours du service militaire, sans roséole ni plaques muqueuses.

Marié à vingt-sept ans, sa femme fit, dans l'année qui suivit le mariage, deux fausses couches de trois mois et de sept mois ; cinq ans après (1900), elle accoucha à terme d'une fille actuellement bien portante, mais sujette dès sa première enfance à des poussées d'eczéma ; en 1907, elle mit au monde un garçon qui fut atteint à trois mois d'eczéma rebelle du visage.

J. C... jouit d'une santé parfaite jusqu'à l'âge de trente-quatre ans (1902) où se montrèrent les premiers troubles de la maladie actuelle.

Histoire de la maladie. — Ce furent d'abord des douleurs fulgurantes et lancinantes dans les membres et le cou, puis une arthrite du pied gauche sans rougeur, sans chaleur, sans douleur à la pression, mais avec un gonflement gênant la marche ; après quinze jours de repos, à l'hôpital, le pied avait considérablement diminué de volume et le malade pouvait reprendre ses occupations.

En 1904, ptosis du côté droit et déviation. En 1905, crises de douleurs en ceinture alternant avec des crises gastriques ; parfois de l'incontinence d'urine.

Au commencement de 1906, le malade subit pendant trois ou quatre mois une crise d'excitation génitale, caractérisée par des désirs presque continuels et le pouvoir de les satisfaire, plusieurs fois par jour ; puis l'excitation diminue et après un retour à l'état normal, il se produisit une dépression progressive qui aboutit, vers mars 1907, à l'impuissance absolue.

A cette même époque, mal perforant plantaire de l'articulation métatarso-phalangienne du pied gauche et guérison au bout de quatre mois.

Cependant, les douleurs fulgurantes et les douleurs en cein-

ture devenaient plus fréquentes, l'appétit et les forces diminuaient, l'état général s'affaiblissait; cela décida le malade à entrer à l'hôpital le 17 octobre 1907.

Là, malgré les différents traitements qu'on lui fit subir, C... souffrait atrocement de ses douleurs fulgurantes quand le 5 novembre 1907 ces dernières disparurent « comme par enchantement » au moment où se déclara une éruption prurigineuse qu'il porte encore aujourd'hui.

État actuel. — Le malade est un homme de taille moyenne assez solidement charpenté.

Sur la poitrine surtout dans les régions deltoïdiennes, dans les aisselles, les régions mamelonnaires, sur l'abdomen, la partie antérieure et moyenne des bras, la racine des cuisses, on remarque une éruption de petites papules miliaires sans grande tendance au groupement, sauf cependant sur l'abdomen où l'éruption est un peu plus abondante. Toutes ces papules ont la même coloration rosée. Elles sont acuminées. Certaines, affaissées, sont recouvertes d'une croûte de grattage, d'autres, reposant sur une base rose pâle et légèrement surélevée ont un peu l'aspect articularien. Quelques-unes (flanc droit, fosse iliaque droite, hypogastre) sont réunies par groupes de quatre à huit reposant sur une base commune et formant de petits placards roses.

Cette éruption a fait son apparition il y a une quinzaine de jours. Le malade ressentit alors des démangeaisons très vives et changea de vêtements. Le lendemain, il souffrait de démangeaisons analogues sur la poitrine et l'abdomen. En se déshabillant, il se vit couvert « de petits boutons rouges ».

Le prurit ne semble pas avoir précédé l'éruption mais s'être

montré en même temps qu'elle. Il n'est pas continu. Il éclate le soir une ou deux heures après le coucher et devient parfois tellement intense qu'il empêche le sommeil et oblige à un grattage intense qui produit un calme momentané, bientôt suivi d'une recrudescence avec sensation pénible de chaleur, parfois même de brûlure.

En même temps, le malade ressent des douleurs comparables à des aiguilles transperçant la peau, de la profondeur vers la surface, isolées ou en faisceaux. Des lavages à l'eau blanche ont amené, au dire du malade, une amélioration notable.

Un fait intéressant, sur lequel il est bon de revenir, c'est la disparition presque complète des douleurs fulgurantes à partir du moment où l'éruption s'est montrée et leur tendance à disparaître dès qu'il se produit une diminution du prurit.

A l'examen du visage : ptosis du côté droit. Pupilles égales. Le réflexe pupillaire, aboli à la lumière, est très faible à l'accommodation des deux côtés.

Le tronc est normal, pas de déviation de la colonne vertébrale.

Les membres supérieurs ne présentent aucune déformation. La peau qui les recouvre est saine sauf sur la partie antérieure et moyenne du biceps où l'on rencontre les papules déjà signalées.

A la main gauche, on voit vers l'extrémité inférieure des premières phalanges, sur la peau dorsale des articulations phalango-phalanginiennes, des plaques grisâtres, sans relief, d'aspect ichtyosique. Par le grattage, on fait tomber facilement de

couches épidermiques, au-dessous desquelles la peau apparaît rosée, saine, ne saignant pas, avec sa sensibilité.

Les muscles bien dessinés sous la peau ont une consistance normale. Les mouvements passifs sont faciles.

Les mouvements actifs sont réguliers, précis, quand les yeux sont ouverts. Les yeux fermés, il y a parfois un peu d'hésitation dans l'exécution de certains exercices : porter un doigt sur le bout du nez, par exemple.

Les forces sont conservées.

Les membres inférieurs sont normaux, sauf le pied gauche dont le volume est sensiblement plus gros que celui du pied droit et dont la voûte plantaire est très exagérée. Ces malformations sont survenues progressivement mais rapidement et sans douleurs.

Les mouvements actifs dans le lit sont bien coordonnés. La station verticale, les talons joints, est possible quand les yeux sont ouverts.

Les yeux fermés, il se produit quelques oscillations ne provoquant jamais la perte de l'équilibre. La station verticale sur un pied, les yeux fermés, est impossible.

Pendant la marche naturelle, il ne se produit aucune incoordination.

État des réflexes pupillaires : lumière abolie. A l'accommodation faible des deux côtés, extenseurs des doigts et radial, normaux. Abdominaux supérieur et inférieur, abolis. Crémastériens, abolis. Sphinctériens, normaux. Rotuliens achilléens, abolis. Plantaires, normaux.

Au point de vue des troubles de la sensibilité subjective, il

faut noter que les douleurs fulgurantes sont devenues rares depuis quelque temps.

Elles se produisent tantôt dans les articulations, tantôt dans les os ou dans les muscles.

Les douleurs en ceinture et les crises gastriques ont disparu depuis le 17 octobre 1907.

La sensibilité cutanée est normale au froid et à la chaleur. Au contact, il y a de l'hyperesthésie très marquée le long de la colonne vertébrale; à la piqure, un retard manifeste au niveau de la peau des mollets.

Parmi les sensibilités profondes, seule, celle des muscles est à peu près intacte. Les sensibilités osseuse, articulaire, nerveuse (cubital) sont très diminuées, celle du tendon d'Achille complètement abolie.

Les sensibilités testiculaire et épigastrique, toutes deux très affaiblies, en mai 1907, sont maintenant normales.

Le sens stéréognostique est conservé, ainsi que la notion de position des membres.

L'ouïe, l'odorat, le goût ne sont pas modifiés. Il n'y a pas de lésion du fond d'œil.

Rien à signaler du côté des appareils pulmonaire et cardiovasculaire.

Appareil digestif. — On note une certaine lenteur des digestions et de la constipation habituelle. Le foie déborde d'un travers de doigt les fausses côtes; il est douloureux à la pression.

Les urines sont normales. L'impuissance est complète. Comme trouble vaso-moteur, citons une hyperidrose plantaire datant de cinq ans et qui devient de plus en plus abondante.

Même traitement que pour le malade de l'observation précédente sauf que l'andrinople, vu la modicité du prix, remplaça la soie rouge.

OBSERVATION XXVI

(Due à l'obligeance de M. Laignel-Lavastine,
médecin des hôpitaux.)

M^{me} K..., ménagère, âgée de quarante-trois ans, salle Sainte-Martine, n° 20.

La malade entre à l'Hôtel-Dieu le 23 juillet 1908, pour douleurs thoraciques en ceinture.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'affection intestinale, a eu 17 enfants, 8 sont vivants, la malade est la dernière.

Père mort de vieillesse.

Antécédents personnels. — A eu la variole à six ans.

Mariée à vingt-cinq ans, a eu deux enfants nés à terme, le premier est venu treize mois après le mariage, le deuxième trois ans après.

Ces deux enfants sont morts de convulsions, le premier à deux mois, le deuxième à cinq mois.

Le mari est mort il y a deux ans à l'hôpital Andral d'affection cardiaque paraît-il.

La malade a toujours été bien réglée, n'a jamais eu de fausse couche.

A l'âge de vingt-huit ans, a eu une paralysie du muscle droit interne de l'œil droit, avec diplopie.

Soignée à l'électricité, prend de l'iodure pendant trois mois.
Guérison complète.

Puis la malade passe une période de dix ans sans rien éprouver.

A trente-huit ans (il y a cinq ans), la malade ressent des douleurs dans les genoux, les pieds et le long des tibias ; ces douleurs survenaient surtout la nuit.

Elle devient très nerveuse, elle éprouve des *démangeaisons* en arrière sur les *omoplates*, les côtes et la région *épigastrique*. Démangeaisons très violentes, survenant dans la *journée* et dans la *nuit*, sans aucune trace d'éruption quelconque sur la peau.

Au moment de la mort de son mari, c'est-à-dire trois mois plus tard, la nervosité devient encore plus grande.

Les douleurs augmentent d'intensité, puis bientôt la démarche devient difficile.

Elle sent de moins en moins le sol surtout du côté droit, elle marche en raidissant la jambe et en la lançant vivement en avant.

Le pied retombe lourdement sur le talon.

La malade éprouve des vertiges, perd facilement l'équilibre, ne peut se retourner, étant en marche, qu'en s'appuyant à un objet.

Le médecin qu'elle va consulter ne s'occupe pas de ses troubles moteurs, il ne considère que les douleurs qu'il attribue au rhumatisme et ordonne des frictions au salicylate de méthyle, des potions au salicylate de soude et de la valériane contre l'état nerveux.

Ce traitement dure trois ans, avec des intervalles de trois à quatre mois.

Elle entre une première fois à l'Hôtel-Dieu en juin 1906.

On fait une ponction lombaire qui montre une lymphocytose très nette.

Elle est incise au régime lacté et à l'iodure de potassium.

Un mois après, en juillet 1906, elle part au Vésinet et y reste vingt-cinq jours. La démarche est toujours identique, mais les douleurs ont diminué. Quant aux *démangeaisons*, elles persistent avec *la même intensité* et toujours *sans éruption*.

Va à Dieppe au mois d'août, y reste trois mois. Bon état général, s'alimente bien. Les douleurs sont bien moins vives, mais les *démangeaisons* persistent-elles.

Marche toujours difficilement.

La malade revient à Paris, s'occupe à des travaux d'intérieur et sort rarement.

Elle reste dans cette situation un an jusqu'en octobre 1907. Les troubles de la station semblent avoir diminué puisqu'elle peut recommencer à faire des ménages jusqu'à ce qu'elle entre à nouveau à l'Hôtel-Dieu le 23 juillet 1908.

Elle entre pour douleurs thoraciques, douleurs dans les jambes et troubles de la station.

Dès son entrée, elle prend de l'iodure de potassium pendant quinze jours et on lui fait une série de 10 piqûres de biiodure de mercure de 1 centigramme.

Sous l'influence de ce traitement, *seules les démangeaisons diminuent*, mais les douleurs fulgurantes persistent (au contraire de la première fois où les douleurs avaient presque

complètement disparu tandis que les démangeaisons persistaient).

A ce moment, on constate les signes physiques suivants :

En faisant lever la malade, on remarque qu'elle se tient difficilement en équilibre.

Difficulté de joindre les talons. Signe de Romberg.

Abolition complète des réflexes rotuliens.

Pas de signe d'Argyll.

18 août. — On aperçoit au niveau de l'articulation sterno-claviculaire droite, dans l'angle formé par l'insertion inférieure du sterno-mastoïdien et le manubrium sternal, une tumeur pulsatile de la grosseur d'une petite noix donnant lieu à une déformation assez sensible de la région. A la palpation, cette tumeur présente des battements violents isochrones avec les pulsations cardiaques et précédant nettement le pouls radial droit.

A l'auscultation, on perçoit à ce niveau un souffle systolique assez rude.

Pas de phénomènes de compression.

Les deux pouls radiaux sont isochrones.

A noter que la tension artérielle du pouls gauche est de 18 centimètres de mercure, 12 au pouls droit depuis le 24 septembre.

La malade sort le 12 octobre après avoir subi pendant huit jours un traitement de huit piqûres de biiodure de mercure de 1 cgr. 1/2 par piqûre.

Grande amélioration des douleurs et en même temps plus du tout de démangeaisons.

Les troubles moteurs sont considérablement diminués.

La stabilité est plus grande. La tumeur aortique est toujours très nette. Elle ne s'est pas accentuée depuis son apparition. La malade ne s'en affecte du reste aucunement.

OBSERVATION XXVII (Personnelle)

Maria M. . . , quarante-six ans, ménagère, vient consulter le 13 septembre 1911, à l'hôpital Broca, pour des placards érythémateux très prurigineux dont l'apparition remonte, dit-elle, à un an.

Antécédents héréditaires. — Mère morte d'une affection cardiaque. Père mort asthmatique.

Antécédents personnels. — Réglée régulièrement et encore actuellement. Pas de stigmates d'hérédo-syphilis, femme bien conformée, a fait une fausse couche de trois mois à l'âge de vingt ans.

A cet âge, fut soignée à Broca pour un chancre qui fut traité par la poudre d'iodoforme. Ce chancre mit un mois à se cicatriser. Elle ne prit jamais de pilules, jamais elle ne vit survenir d'autres accidents et elle passa régulièrement la visite de la préfecture sans que l'on ait constaté quoi que ce soit d'anormal.

Deux ans après, elle eut une fièvre typhoïde.

Il y a dix ans, gastro-entérite qui persisterait encore actuellement. A été opérée il y a une dizaine d'années d'une hernie inguinale droite.

13 septembre 1911. — Vient consulter à Broca, elle présente des placards d'urticaire très démangeants siégeant, sur le retard fronto-orbitaire à droite, sur le bord externe des

deux avant-bras, deux placards allongés de 4 centimètres sur 3 environ à la ceinture des petites plaques plus petites en bande horizontale, surtout aux deux genoux, deux grandes plaques de la largeur d'une paume de main particulièrement démangeantes, enfin une autre à la face externe de la jambe gauche, on pense tout d'abord à un œdème angio-neurétique de Quincke, elle est traitée par les douches tièdes et le chlorure de calcium à l'intérieur à la dose de 2 grammes par jour.

11 novembre 1911. — La malade revient avec une nouvelle poussée analogue à la précédente, on essaie la haute fréquence sous forme d'effluves.

17 novembre 1911. — La malade revient très améliorée.

Au cours de ces divers examens, la malade attire l'attention sur des douleurs lancinantes, appartenant au type des douleurs fulgurantes siégeant au niveau des membres inférieurs. Ces douleurs auraient débuté, dit-elle, peu de temps après sa fièvre typhoïde. Mais depuis quelques temps elles deviennent plus fréquentes et augmentent d'intensité, elles auraient été un peu calmées par le fait de porter des bas à varices : à l'examen, on ne constate pas de traces de varices apparentes.

L'attention ayant été attirée par les douleurs fulgurantes, M. Hudelo prie la malade d'entrer à l'hôpital pour qu'on puisse l'examiner plus complètement et lui faire une ponction lombaire et un Wasserman.

A l'examen, on trouve : inégalité pupillaire, par léger myosis de la pupille droite. Les réflexes lumineux sont paresseux et à peine sensibles à gauche, nuls à droite. Accommodation à la distance normale. Abolition des réflexes rotuliens des deux côtés. Réflexe achilléen très faible à gauche, aboli à

droite. Réflexes plantaires abolis. Réflexes abdominaux supérieurs normal, inférieur : exagéré à cause de l'hyperesthésie de la région. Pas de signe de Romberg. Pas d'incoordination supérieure. Démarche normale. Sens stéréognostique conservé. Pas de ganglions, aucune dystrophie. Cœur normal. Wassermann négatif. Ponction lombaire : liquide clair sans hypertension, légère quantité d'albumine, lymphocytose.

Troubles de sensibilité : pas de zones d'anesthésie, au contraire, hyperesthésie très nette de l'abdomen au-dessous de l'ombilic, large plaque d'hyperesthésie à la face externe de la cuisse gauche et à la partie inférieure et externe de la jambe gauche, de même sur le bord externe des deux avant-bras. Notons que ce sont précisément ces régions qui sont le siège des démangeaisons et de l'urticaire.

Troubles de sensibilité à la chaleur au niveau de la région inguino-crurale droite et au-dessus de la malléole interne du côté droit sur une hauteur de 10 centimètres environ. La sensibilité à la chaleur est abolie dans ces régions, mais la sensibilité au froid est conservée.

Dermographisme léger : en traçant une raie sur la peau avec l'ongle, on fait naître immédiatement une raie rouge analogue à la raie méningée, mais sans qu'il y ait de saillie œdémateuse vraie. La raie toutefois persiste très longtemps.

En présence de tous ces signes, on peut affirmer qu'on se trouve en face d'un tabes, au début, à la période préataxique et se demander si le chancre mou, soigné il y a vingt ans, n'était pas induré et ne constitue pas l'élément primitif de la syphilis.

Quant à l'histoire de son prurit, voici les renseignements que nous avons recueillis de la malade.

Le début remonte au mois de novembre 1910, il est survenu sans cause apparente, pas d'écart de régime, pas de trouble nerveux, notons cependant le mauvais fonctionnement du tube digestif, la malade souffre depuis longtemps d'une entérite qui n'est pas encore guérie à l'heure actuelle. Ce prurit s'accompagne d'une éruption de nombreuses plaques d'urticaire qui apparaissent en même temps que les démangeaisons et s'affaissent en même temps que le prurit disparaît. Elles surviennent à intervalles assez rapprochés. « Il est rare que je passe une semaine sans en avoir, dit la malade. » Elles sont particulièrement marquées au moment des règles. Elles apparaissent le plus souvent peu de temps après que la malade s'est couchée et sont augmentées par la chaleur du lit.

La durée des crises est de douze à vingt-quatre heures environ, elles sont variables comme intensité, parfois supportables, parfois s'accompagnent de sensation de brûlure, exagérée par le grattage et que rien ne peut calmer.

Ces démangeaisons sont localisées aux endroits où siègent les plaques d'urticaire et il est intéressant de noter que celles-ci prennent surtout naissance aux endroits qui sont le siège de frottements, au cou (frottements du col du corsage), à la ceinture, aux aines (corset), aux genoux quand la malade est obligée de s'agenouiller pour frotter par terre à un tel point qu'elle « n'ose plus le faire étant sûre d'avoir des plaques peu de temps après ».

Sur le bord externe des avant-bras, surtout l'avant-bras droit, à l'endroit où appuie l'anse de son panier.

Nous avons essayé de provoquer ces plaques d'urticaire par le frottement, mais on ne détermine qu'une légère rougeur de la peau sans urticaire.

11 décembre 1911. — La malade qui avait été améliorée par la haute fréquence revient avec une poussée nouvelle de prurit toujours accompagné de plaques d'urticaire. Elle est mise au traitement mercuriel par les piqûres d'huile grise et prend sa première piqûre.

5 janvier 1912. — La malade revient et se trouve sensiblement améliorée. Elle a déjà pris 5 piqûres d'huile grise. Mais elle fait elle-même remarquer que, depuis que ces démangeaisons sont moins fortes, les douleurs fulgurantes auraient plutôt tendance à augmenter. Étant donné les échecs de médications antérieures, chlorure de calcium, électricité, et la réaction au traitement par le mercure, il est donc permis de rattacher ces manifestations urticariennes au prurit tabétique et d'espérer obtenir la guérison par le traitement spécifique.

CONCLUSIONS

Il est établi nettement aujourd'hui qu'il existe un prurit d'origine tabétique qui a ses caractères bien définis.

Ce prurit peut apparaître à toutes les périodes du tabes, mais il est surtout fréquent à la période de début, d'où son importance au point de vue du diagnostic précoce de cette affection.

Il peut coïncider avec les douleurs fulgurantes et suivre une marche parallèle ; mais le plus souvent, il alterne avec elles.

Les réactions cutanées qui l'accompagnent sont plus variées qu'on ne le pensait tout d'abord. Il résulte des observations publiées récemment que l'on trouve tous les stades intermédiaires entre : prurit pur, prurit avec lichénification, prurit avec petites papules de prurigo, prurit avec petites papules urticariennes, enfin prurit avec grandes plaques d'urticaire.

Au point de vue thérapeutique, on devra sans doute avoir recours à toutes les médications anti-

pruritiques et anti-prurigineuses, mais aussi ne pas oublier d'agir sur la maladie causale par le traitement mercuriel qui peut à lui seul, dans certains cas, amener la guérison du prurit tabétique.

Vu : le Président de thèse,

GAUCHER

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- MARIE et GUILLAIN. — Tabes. Traité de médecine, t. IX.
DÉJERINE et THOMAS. — Tabes. Brouardel et Gilbert, t. IX.
JACQUET. — Troubles de la sensibilité. Pratique dermatologique, t. IV.
FOURNIER. — De l'Ataxie locomotrice d'origine syphilitique. Masson, 1882.
— Leçons sur la période préataxique du tabes. Masson, 1885.
MERKLEN (P.). — Urticaire. Pratique dermatologique, t. IV.
DARIER. — Précis de dermatologie.
MILIAN. — Annales des maladies vénériennes, décembre 1906.
— Société médicale, 1907, p. 991.
— Érythème miliaire leucogénique (Bulletin de la Société de dermatologie, janvier 1906).
— Société médicale des hôpitaux, octobre 1911.
LAMY. — Société médicale des hôpitaux, 1907, p. 1015.
BITOT. — Annales de dermatologie, juin 1911.
MATTHEWS. — Brit. med. Journal, 13 mai 1911.
BEHAUD. — Du Prurit tabétique avec ou sans lichénification. Thèse de Paris, 1907-1908.
SAVIN. — Du Prurit tabétique. Thèse de Bordeaux, mars 1911.
ROUX (J.-C.). — Lésions du grand sympathique dans le tabes. Thèse de Paris, 1899-1900.
ANDERSON. — Pathogénie et traitement du prurit (Annales de dermatologie, 1896).

BROOKE. — Pathogénie du prurit (Annales de dermatologie, 1896.

BOURSIAC. — Des Démangeaisons d'origine nerveuse. Thèse de Bordeaux, 1889-1890.

PASSA. — Du Prurit. Thèse de Bordeaux, 1903-1904.

HUDELO. — Prurits et prurigos.

VALLEIX. — Traité des névralgies, 1841.

LEYDEN. — Traité clinique des maladies de la moelle, 1879.

SPRING, VANLAIR, MASIUS. — Traité des accidents morbides.

PAUTRIER. — Bulletin médical, décembre 1909.

GAUCHER. — Syphilis du système nerveux.

